

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A RECONFIGURAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL:  
O CASO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESPÍRITO SANTO (1968-1984)

**Mônica Barros de Pontes**

Rio de Janeiro  
2016

Mônica Barros de Pontes

A RECONFIGURAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL:  
O CASO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESPÍRITO SANTO (1968-1984)

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Linha de Pesquisa: História da Enfermagem Brasileira do Núcleo de Pesquisa da História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS).

Orientador: Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho

Rio de Janeiro  
2016

813r PONTES, MONICA BARROS DE  
A RECONFIGURAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM  
MATERNO INFANTIL: O caso do Hospital das Clínicas  
da Universidade Federal do Espírito Santo (1968  
1984) / MONICA BARROS DE PONTES. -- Rio de  
Janeiro, 2016.  
169 f.

Orientador: ANTONIO JOSE ALMEIDA FILHO.  
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio  
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. ENFERMAGEM. 2. HISTORIA DA ENFERMAGEM. 3.  
SAÚDE DA MULHER. I. ALMEIDA FILHO, ANTONIO JOSE  
orient. II. Título.

CDD 610.73

A RECONFIGURAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL: O  
CASO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO  
SANTO (1968-1984)

MÔNICA BARROS DE PONTES

Tese submetida ao Programa de Pós-  
graduação em Enfermagem da Escola de  
Enfermagem Anna Nery da Universidade  
Federal do Rio de Janeiro, como parte dos  
requisitos necessários à obtenção do título de  
Doutor.

Aprovada em

---

Prof. Dr. Antonio Jose Almeida Filho - Orientador  
Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Costa Amorim  
Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Espírito Santo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariangela Aparecida Gonçalves de Figueiredo  
Hospital Universitário - Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Frères de Souza  
Instituto Nacional do Câncer

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tânia Cristina Franco Santos  
Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro  
2016

Para olharmos à frente com clarividência, é prudente uma espiada à ré com discernimento – não para sermos confinados pela história, nem para repreender a nós mesmos ou a nossos predecessores, mas para aprender lições que nos sirvam como um trampolim para o futuro.

Halfdan Mahler, 1978

## DEDICATÓRIA

A DEUS

Por ter me dado todas as condições físicas e mentais para não desistir no meio do caminho.

À MINHA MÃE *Marilza*

Doutora na arte de amar, acolher, compartilhar e ensinar com competência um amor incondicional imensamente importante e essencial para compartilharmos as alegrias e dividir as dificuldades vencidas. Obrigada pela sua força, por sua dedicação, pela espera paciente nos momentos de ausência, por toda a sua confiança em mim, enfim, pela sua presença em minha vida. Esta vitória é nossa!

AOS MEUS FILHOS

*Amanda, Jéssica e Eduardo*, grandes amores de minha vida, razão e recompensa de empreender tanta luta! Perdão pelos momentos de ausência exigidos para minha formação no doutorado.

## AGRADECIMENTOS

Para a conclusão desta pesquisa de doutorado, apesar de ser o resultado de um trabalho árduo e na maioria das vezes solitário, algumas pessoas e instituições foram de extrema importância. Desta forma, agradeço primeiramente...

### *Aos meus Familiares*

À minha **mãe Marilza e ao meu padrasto Aylton**, pelo amor incondicional e pela rede de sustentação cotidiana. Ao **Eduardo**, filho amado, amigo, sensível, alegre, companheiro, por abraçar comigo este projeto e compreender minhas ausências para que o mesmo se realizasse. A **Amanda e Jéssica**, filhas amadas, amigas, que sempre estiveram ao meu lado nos momentos em que precisei, apoiando-me irrestritamente nas minhas escolhas ao longo desta caminhada. Vocês são a motivação que me levou a percorrer esta trilha na Educação. Ao meu primo, **Augusto Barros Mendes**, por resgatar, com a gramática, prosas e narrativas, a condução de escrita desta tese. A leitura, as preciosas correções e as sugestões amenizaram os meus limites com a língua materna. A todos os demais familiares que, de alguma maneira, contribuíram com minha caminhada durante este percurso. Agradeço pela força, pelas risadas, pelos momentos de leveza e, acima de tudo, por entenderem minha ausência, meu silêncio ou meu cansaço neste período.

### *Às minhas escolas*

À *Universidade Federal do Espírito Santo* pela formação e à *Universidade Federal do Rio de Janeiro* que, primando pela tradicional excelência em seu padrão de qualidade, abriu-me suas portas permitindo a realização do DINTER.

### *À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)*

Pelo apoio na realização desta pesquisa.

### *A Antonio José Almeida Filho*

Pelo privilégio e honra de ter sido sua orientanda. Obrigado por sua paciência, atenção, cuidado, amizade e força. Você me deu oportunidade e possibilidade de produzir outros olhares, sempre contribuindo com excelência em todo o desenvolvimento da pesquisa.

### *Aos professores da Banca*

Maria Helena Costa Amorim, Maria Angélica de Almeida Peres, Mariângela Aparecida Gonçalves de Figueiredo, Maria Cristina Frères de Souza, Marialda Moreira Christoffel e Maria Lelita Xavier. Obrigada pelo aceite, disponibilidade, contribuições relevantes que tornaram este meu estudo melhor.

### *A EEAN e ao NUPHEBRAS*

Pela acolhida, aprendizagens e oportunidades de olhar o campo da pesquisa com outras lentes. Obrigada pela confiança nesta pesquisa e acolhimento de minhas demandas e solicitações.

### *Ao Departamento de Enfermagem da UFES*

Agradeço a todos pela oportunidade de cursar este Doutorado. Em especial, agradeço à professora Maria Helena Costa Amorim pela dedicação e competência a qual conduziu esta parceria do DINTER UFES/UFRJ. À Diana, pelo apoio e por estar sempre solícita aos trâmites necessários.

### *À Equipe do HUCAM/UFES*

Por me permitirem a concessão, por direito, de cursar o doutorado integralmente afastada de minhas atividades. Em especial, à Equipe do BLH/HUCAM, por me respeitarem e me incentivarem a todo o instante, por se reorganizarem em suas atividades institucionais permitindo assim meu afastamento. Às enfermeiras Sandra Alvarenga e Rosana Lima, que estão à frente do BLH em minha ausência, mantendo todos os ideais deste serviço. À Maria Zilma Rios, minha amizade e Gratidão, você faz parte de toda minha trajetória profissional e, com você, inúmeras vezes chorei e sorri. Eu lhe agradeço pelo carinho, paciência e parceria na seleção de imagens e documentos para execução desta pesquisa. Seu apoio e atenção foram valiosos e imprescindíveis para que eu chegasse até aqui.

#### *Aos amigos*

Pela amizade duradoura, carinho, apoio e disponibilidade em todos os meus apertos nesta trajetória rumo ao doutorado. Menção especial para: Adriana Oliveira Nascimento e Fabia Regina Serra Viana, amigas fiéis e que acompanharam de perto todos estes longos dias e foram incondicionais ao me apoiarem para que pudesse chegar aqui.

#### *À Simone e à dona Celeste*

Que transformaram seu apartamento em um pedacinho do Espírito Santo com acolhida para minha caminhada e estadia pelo Rio de Janeiro.

#### *Aos meus colegas Docentes da Universidade Vila Velha*

Pelo incentivo, confiança e pela compreensão nos momentos em que tive que me ausentar das minhas atribuições. Agradeço pelo apoio, pelas conversas, amizade, parceria e substituições nas disciplinas. Em especial, agradeço à Coordenadora do Curso de Enfermagem, Adriana Muller Saleme de Sá e aos Coordenadores do PISEC/Medicina, Ana Rosa Murad Szpilmame e Gustavo Ruschi, pela compreensão e apoio contínuo. Aos demais colaboradores desta IES, meu muito obrigada.

#### *Aos meus queridos e eternos Alunos*

De ontem, de hoje e do amanhã, registro meu muito obrigada pela compreensão e solidariedade. Foi muito bom conhecê-los e estar com vocês, cultivando uma amizade produzida a partir de cada encontro desta vida acadêmica.

#### *Aos meus colegas de doutorado ou de pesquisas*

Um afago especial a cada amigo deste DINTER. Conhecê-los e estar com vocês, cultivando uma amizade produzida a partir de nosso encontro em sala de aula foi maravilhoso. Juntos compartilhamos tantas reflexões, aprendizados e conversas prazerosas. Em especial às amigas e professoras Candida Caniçali Primo, Márcia Valéria de Souza Almeida, Martha Coelho e Tania Mara Cappi, pelas conversas e parcerias regadas com muito carinho ao longo destes anos.

#### *Aos depoentes deste estudo*

Meu muito obrigada. Esta pesquisa só foi possível com a contribuição de cada um de vocês, que gentilmente me doaram parte de seu tempo. Agradeço pela confiança e incentivo depositados.

Por fim, minha sincera gratidão a tantas pessoas que atravessaram este percurso comigo e atuaram e compartilharam momentos fundamentais ao longo do caminho em busca desta realização. A todas as forças do bem, em especial a DEUS, pelo dom da vida, por me proteger e proporcionar serenidade para transpor os obstáculos e os momentos de fraqueza, guiando-me por esta longa caminhada.

## RESUMO

PONTES, Mônica Barros. **A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil:** O caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984). Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Estudo histórico-social que toma como objeto a reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, no âmbito do Hospital das Clínicas, no estado do Espírito Santo no período entre 1968 e 1984. O recorte temporal se estende de 1968, ano da Reforma Universitária e criação da maternidade, a 1984, ano do lançamento oficial do Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher. Os objetivos da tese são: descrever as circunstâncias que culminaram com a necessidade de reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil no âmbito do Hospital das Clínicas; analisar as estratégias adotadas pela chefe da Maternidade, docente da UFES, para reconfigurar o cuidado de enfermagem no Hospital das Clínicas; e discutir os efeitos simbólicos dessas estratégias na maternidade do Hospital das Clínicas. Os achados foram iluminados pelos conceitos da Teoria do Mundo Social, desenvolvida pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu. As fontes primárias de pesquisa constituíram de documentos escritos, orais e iconográficos, enquanto as secundárias foram compostas do acervo bibliográfico existente sobre a referida temática. Na realização do estudo, foram atendidos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os principais resultados demonstram três marcos na assistência de enfermagem neste cenário: 1968 a 1974; 1974 a 1979 e 1980 a 1984, nos quais as enfermeiras utilizaram de estratégias para garantir ocupação e posição no campo da maternidade. A presença de uma enfermeira docente, de 1976 até meados de 1980, detentora de discurso autorizado na liderança do Serviço de Maternidade, possibilitou a ocupação de um campo de dominação, representando uma ruptura na hegemonia do modelo médico de parto hospitalar. Assim, ocupou espaço no campo e adquiriu autoridade científica para falar e agir legitimamente, reconfigurando o *habitus* profissional no cuidado ao parto e puerpério com ganhos simbólicos para a enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem. História da Enfermagem. Saúde da Mulher.

## ABSTRACT

PONTES, Mônica Barros. **A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil:** O caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984). Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

This is a historical and social study, which takes as its object the reconfiguration of the maternal-infant nursing care in the light of the creation of the Nursing graduation course at the Federal University of Espírito Santo at the Clinicas Hospital, state of Espírito Santo during the period between 1968 and 1984. The time frame extends from 1968, the University Reform and the establishment of the maternity sector, to 1984, which was the year of the official launch of the Women's Health Integral Assistance Program. The thesis objectives are: To describe the circumstances that led to the need for reconfiguration of maternal-infant nursing care at the Clinicas Hospital; To analyze the strategies adopted to reconfigure the nursing care at the Clinicas Hospital by the head of the Maternity Center (a Professor at UFES); To discuss the symbolic effects of those strategies at the Hospital's maternity. The findings were enlightened by the concepts from the Theory of the Social World developed by the French sociologist Pierre Bourdieu. The primary research sources were written, oral and iconographic documents, while the secondary sources were composed by the existing bibliographic literature on this thematic. In the study, the ethical principles from the National Health Council, Resolution 466/2012, have been met. The main results show three landmarks in nursing care: 1968-1974; 1974-1979 and 1980-1984, when the nurses have ensured occupation and position in the maternity field through the use of strategies. The presence of a Professor Nurse from 1976 until the mid-1980s, bearer of the authorization to lead the Maternity Service, allowed for the occupation of a domination field. This represented a breakthrough in the hegemonic medical model of hospital birth. Thus, the nurse acquired a place in the field and a scientific authority to speak and act legitimately, reconfiguring the professional habitus in childbirth and puerperium care with symbolic gains for the nursing Field.

**Keywords:** Nursing. Nursing's History. Women's Health

## RESUMEN

PONTES, Mônica Barros. **A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984).** Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Estudio histórico y social que toma por objeto la reconfiguración de los cuidados de enfermería materno-infantil a la luz de la creación del curso de enfermería de la Universidad Federal de Espírito Santo (UFES) dentro del Hospital das Clínicas, en el estado de Espírito Santo, durante el período comprendido entre 1968 y 1984. El marco temporal se extiende a partir de 1968, la Reforma Universitaria (RU) y el establecimiento de la maternidad, hasta 1984 el año del lanzamiento oficial del Programa de Asistencia Integral Salud de la Mujer (PAISM). Los objetivos de la tesis han sido: describir las circunstancias que dieron lugar a la necesidad de una reconfiguración de los cuidados de enfermería materno-infantil en el Hospital das Clínicas; Analizar las estrategias adoptadas por la jefe de la maternidad, enseñanza de UFES, para reconfigurar los cuidados de enfermería en el Hospital; Discutir los efectos simbólicos de estas estrategias en la maternidad del Hospital das Clínicas. Los hallazgos fueron iluminados por los conceptos de la Teoría de la Social Mundial desarrollado por el sociólogo francés Pierre Bourdieu. Las fuentes primarias de investigación consistieron en documentos escritos, orales e iconográficos, mientras las secundarias se componen de la colección bibliográfica existente sobre esta temática. En el estudio, los principios éticos de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud se han cumplido. Los principales resultados muestran tres marcas en la atención de enfermería en este escenario: 1968-1974; 1974-1979 y 1980-1984, donde las enfermeras utilizan estrategias para garantizar la ocupación y la posición en el campo de maternidad. La presencia de una enseñanza de enfermería en 1976 hasta mediados de 1980, la titular de la autorización para dirigir el servicio de maternidad, permitió la ocupación de un campo de dominación. Lo que representó una ruptura en el modelo médico hegemónico de parto en el hospital. Por lo tanto, la enfermera adquiere un lugar en el campo y la autoridad científica de hablar y actuar legítimamente, la reconfiguración del habitus profesional en el parto y el puerperio con ganancias simbólicas para el área de enfermería.

**Palabras clave:** Enfermería. Historia de la Enfermería. Salud de la Mujer.

## LISTA DE QUADROS, FOTOGRAFIAS E FIGURAS

Quadro 1	Força de trabalho da enfermagem .....	30
Quadro 2	Perfil dos agentes da pesquisa vinculados ao HUCAM/UFES .....	31
Quadro 3	Classificação do Coeficiente de Mortalidade Materna .....	42
Quadro 4	Distribuição dos leitos do HUCAM em 1980 .....	107
Fotografia 1	Prédio secundário, situado nos fundos do Hospital das Clínicas .....	65
Fotografia 2	Solenidade de Formatura da EEAN/UFRJ em 1976 .....	79
Fotografia 3	Residência da enfermagem e do médico plantonista .....	82
Fotografia 4	Enfermaria da maternidade em 1976 .....	90
Fotografia 5	Enfermaria da maternidade recém-inaugurada, 1976 .....	91
Fotografia 6	Fotos das Docentes Pioneiras .....	94
Figura 1	HUCAM, Livro de Admissão de pacientes, ano 1973 a 1976 .....	66
Figura 2	HUCAM, Livro de Admissão de pacientes, ano 1973 a 1976, pg 118 .....	66
Figura 3	Pasta Amarela - Relatório de Estatística de 1976 .....	67
Figura 4	Recorte do Jornal A Gazeta, 27 de julho de 1976, p.7 .....	69
Figura 5	Recorte do Jornal A Gazeta, 28 de julho de 1976, p.7 .....	70
Figura 6	Recorte do texto de Jornal A GAZETA, 30 de Julho de 1976, p 9 .....	71
Figura 7	Resolução do CONSUN/UFES 1976 .....	84
Figura 8	Recorte de Jornal A Gazeta Matrículas Vestibular 23 de julho 1976 .....	89
Figura 9	HUCAM, Coletânea de dados hospitalares, 1984 .....	118
Figura 10	Recorte de Jornal expansão do HUCAM .....	119
Figura 11	Jornal do Brasil, 26 de agosto de 1984 .....	120
Figura 12	Prescrição médica em 1981 .....	130
Figura 13	Prescrição do RN em 1981 .....	131

## LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AC	Alojamento conjunto
AIS	Assistência Integrada de Saúde
AM	Aleitamento materno
BLH	Banco de Leite Humano
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBM	Centro Biomédico
CEDOC	Centro de Documentação
CEF	Conselho Federal de Educação
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CMM	Coeficiente de Mortalidade Materna
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONSUN	Conselho Universitário da UFES
CPMI	Coordenação de Proteção Materno Infantil
CST	Companhia Siderúrgica de Tubarão
CVRD	Companhia Vale do Rio Doce
DAU	Departamento de Assuntos Universitários
DE	Divisão de Enfermagem
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DNCr	Departamento Nacional da Criança
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
ES	Espírito Santo
FCAA	Fundação Ceciliano Abel de Almeida
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GT	Grupo Técnico
HC	Hospital das Clínicas
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Integração Docente Assistencial
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência médica da Previdência Social

INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NUPHEBRAS	Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAIS	Programa de Assistência Integrada de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PE	Processo de Enfermagem
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
RU	Reforma Universitária
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SINPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SUS	Sistema Único da Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	15
1.1	OBJETO DE ESTUDO .....	15
1.2	PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO .....	15
1.3	TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E ADERÊNCIA COM O TEMA .....	20
1.4	TESE .....	22
1.5	QUESTÕES NORTEADORAS .....	22
1.6	OBJETIVOS .....	22
<b>2</b>	<b>ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA</b> .....	25
2.1	ESTRUTURA OPERACIONAL DA TESE .....	35
<b>3</b>	<b>CAPÍTULO 1 - CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE DA MULHER</b> .....	37
3.1	ANTECEDENTES HISTÓRICOS .....	37
<b>3.1.1</b>	<b>Mulher, sociedade e saúde no Brasil</b> .....	37
<b>3.1.2</b>	<b>Contexto político-social e a Política de Saúde da Mulher</b> .....	44
3.2	OS PROGRAMAS DE SAÚDE MATERNO INFANTIL, O HOSPITAL DAS CLÍNICAS E SEUS DESDOBRAMENTOS .....	49
3.3	SAÚDE DA MULHER: POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES .....	54
<b>4</b>	<b>CAPÍTULO 2 - A ENFERMAGEM NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS</b> .....	61
4.1	O HOSPITAL DAS CLÍNICAS COMO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A IMPLANTAÇÃO DA MATERNIDADE (1968 A 1974) .....	61
4.2	A MATERNIDADE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS COMO LÓCUS DE VISIBILIDADE DA ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA (1974 A 1976) .....	73
4.3	MOVIMENTOS E ESTRATÉGIAS DAS ENFERMEIRAS PARA PLANEJAR E IMPLANTAR O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS (1976 a 1979) .....	85
<b>5</b>	<b>CAPÍTULO 3—ESTRATÉGIAS DA ENFERMAGEM NA DÉCADA DE 1980 E OS EFEITOS SIMBÓLICOS DA RECONFIGURAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA MATERNIDADE DO HC DA UFES (1980 a 1984)</b> .....	106
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	138
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	143
	<b>APÊNDICES</b> .....	159
	<b>ANEXOS</b> .....	166

# 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

## 1.1 OBJETO DE ESTUDO

O estudo tem como objeto a reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil a partir da atuação de docentes da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), no Hospital das Clínicas, no estado do Espírito Santo no período entre 1968 e 1984.

O recorte temporal tem como marco inicial a Lei nº. 5.540/1968, que propõe a Reforma Universitária (RU), fixando as normas de organização e funcionamento do ensino superior em universidades e, neste mesmo contexto, para atender as exigências do curso de medicina, se cria o serviço de maternidade<sup>1</sup> no Hospital das Clínicas no estado do Espírito Santo (ES). O marco final está relacionado ao lançamento oficial do Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, em 1984, através do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”. Esse foi um marco importante na política de saúde da mulher, que teve amplo significado social e constituiu-se como elemento catalisador de debates importantes na história democrática brasileira.

Os marcos temporais foram definidos em função do impacto nas políticas públicas de ensino e conseqüentemente sua interferência na formação de recursos humanos para o campo da saúde. Além da expansão do Ensino Superior Brasileiro pela RU de 1968, destaca-se um acúmulo de forças de vários setores da sociedade civil, que se iniciam no decorrer do século XX, efetivando mudanças institucionais essenciais no campo da formação e atuação de recursos humanos em saúde pública, com impactos inclusive na assistência materno infantil (BRASIL, 1968; BRASIL, 1968b; MARTINS, 2009).

## 1.2 PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO

No Brasil, o momento do nascimento é um evento marcado pelo contexto histórico, político e social no campo da educação e da saúde. Até meados do século XIX, os hospitais eram espaços para insanos, dependentes ou necessitados, bem como para vítimas de epidemias. Por não possuírem recursos técnicos especializados para atender as pessoas, a

---

<sup>1</sup>Em função da polissemia do termo Maternidade, neste estudo será entendido como um serviço hospitalar onde se internam as gestantes e puérperas, e/ou uma função reprodutiva relacionada a ação de gestar e parir.

única forma existente para o parto era o âmbito domiciliar, e o bebê, depois do nascimento, era mantido ao lado de sua mãe, recebendo o calor de seu corpo e o leite materno, mesmo que o domicílio fosse muito simples e muito pobre (UNGERER, 1999; SILVA; SOARES, 2003).

No início do século XX, surgem os progressos da ciência com incubadoras e fórmulas infantis, dando credibilidade às instituições hospitalares que, desse modo, se constituíam em entidades respeitadas, modernas, científicas e qualificadas para ditar as normas e rotinas no atendimento ao parto e ao recém-nascido, com pouca ou nenhuma participação da família (TYRREL; CARVALHO, 1995; UNGERER, 1999).

A evolução econômica e social, aliada ao aprimoramento técnico-científico fez com que a assistência à mulher e à criança durante o período de parto e pós-parto se modificasse, sendo transferida do âmbito domiciliar para um cuidado intra-hospitalar, que veio imprimir transformações na forma de atendimento ao binômio mãe-filho, bem como à família (SILVA; SOARES, 2003).

Segundo Ungerer (1999), a institucionalização do parto e as altas taxas de mortalidade no primeiro mês de vida da criança contribuía para a propagação de medidas de isolamento dos bebês após o nascimento, justificadas pela redução do manuseio, das visitas e da contaminação dos recém-nascidos internados. Nesse período, mãe e filho são mantidos separados, as mulheres ficam em unidades de puerpério e os bebês isolados em berçários, mesmo quando considerados saudáveis.

A enfermagem, em suas origens históricas, é caracterizada pela prática do cuidado. Sendo que, durante anos, este cuidado esteve atrelado a um modelo de saúde reducionista e simplificado, preso à execução de tarefas intervencionistas (WALDOW, 1998). A visão distorcida e fragmentada do ser humano no momento do cuidado e a aplicação e valorização excessiva de procedimentos técnicos fizeram com que o evento parto-puerpério fosse visto como uma experiência negativa da hospitalização, se mostrando como uma ameaça à dignidade feminina.

A internação atribuiu poder aos profissionais que, com autoridade, ditavam as regras do jogo à mulher gestante/parturiente, e esta, por sua vez, assumia uma atitude passiva e submissa frente aos aparatos institucionais no momento do parto, que se estendia ao período de internação pós-parto (TEIXEIRA; NITSCHKE, 2008). A partir da compreensão dos mecanismos de dominação da prática hospitalar obstétrica, na qual a mulher é transformada num agente passivo durante todo o processo do nascimento, se fazia necessário repensar o cuidado de enfermagem à mulher e à criança na maternidade.

Para tanto faz-se necessário entender as mudanças históricas ocorridas após o fim da Segunda Guerra Mundial, imprimindo ao país novas necessidades que a educação e a saúde não podiam ignorar. Na transição de uma sociedade oligárquica para uma urbano-industrial ocorre um aumento desordenado da população na área urbana, em busca de oportunidade de empregos. Graças a esse contingente de mão de obra e aumento da pobreza nas zonas urbanas, surge a preocupação governamental com mudanças substantivas no sistema educacional brasileiro e conseqüentemente na saúde, para atender o novo momento econômico e político que o Brasil passava a viver (OSIS,1994; NADER, 2001; COELHO, 2007).

Nesse contexto, o recorte inicial deste estudo é marcado pelo auge repressivo da Ditadura, do renascimento do movimento sindical com greves e manifestações estudantis e é, também, marcado pela retomada do crescimento econômico, mantendo taxas elevadas de desenvolvimento industrial, dando início ao período chamado de “milagre econômico”, da campanha “Brasil, grande potência” e da abertura da Transamazônica (BRASIL, 1968; BRASIL, 1968b; FAVERO, 2006; DEL PRIORE, 2010).

Paralela a este crescimento econômico, ainda no contexto do Regime Militar surge a RU de 1968, com dois princípios norteadores: o controle político das universidades públicas brasileiras, para conter as agitações do movimento estudantil, e a necessidade de formação de mão de obra para atender o novo momento econômico e político do país. Assim as transformações na organização das universidades brasileiras, com a Lei 5540, de 28 de novembro de 1968, conhecida como “Reforma Universitária”, possibilitou o aumento de jovens matriculados em instituições de ensino superior e deu novos rumos na formação desses profissionais. Vale destacar que, durante a maior parte do século XX, o ensino universitário foi acessível a uma minoria, com ênfase na formação de elite e na capacitação para o trabalho (FAVERO, 2006; ROTHEN, 2008).

Focando no contexto da enfermagem espírito-santense, no período de 1968 a 1975, o estado não possuía curso superior de Enfermagem e havia poucos enfermeiros, nenhum com habilitação em enfermagem obstétrica. O Hospital das Clínicas<sup>2</sup> teve o seu serviço de maternidade iniciado em 1968 e, nos meados da década de 1970, recebeu influências dos movimentos de expansão de vagas e de atividades nas instituições universitárias federais. Com isso, ocorreu a expansão para novos cursos e, em 28 de maio de 1976, foi criado o curso

---

<sup>2</sup> Teve seu nome modificado em 1981 para Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes – HUCAM.

de graduação em Enfermagem da UFES e, meses depois, reinaugurou-se a maternidade no referido hospital (MALTA, 2016).

Desse modo, inseria-se na realidade concreta do Hospital das Clínicas da UFES a presença de enfermeiras-docentes. Vale ressaltar que, nessa instituição, os espaços já estavam demarcados pelo curso de Medicina, cujo modelo de saúde vigente era predominantemente curativista (LIMA, 1998; LIMA, 2001; RIOS, 2009; REDINS, 2011).

O Hospital das Clínicas, assim como os demais Hospitais Escola, crescia como instituição independente, distante do perfil epidemiológico da população e dominado pelos interesses médicos especializados, com atenção terciária de alta complexidade. O parto e o pós-parto passavam a fazer parte desse cenário, sendo interpretado como um ato cirúrgico com excessiva utilização das tecnologias invasivas e, assim, começava gradativamente uma mudança da forma de pensar que culminou com o entendimento de que o parto hospitalar seria uma forma mais segura para a mulher e a criança (SANTOS, 2002).

Com profissionais médicos, o parto passa a ser hospitalizado, representando uma forma moderna e segura para parir. Entretanto trouxe experiências negativas de abandono e submissão aos domínios profissionais, onde a puérpera é subjugada e vê-se sem direitos a opinar sobre o cuidado recebido. Estudos demonstravam que a assistência satisfatória à mulher e à criança vinha sendo prejudicada em função de um distanciamento metodológico entre os órgãos formadores e os prestadores de serviços, no qual repercute precariedade na assistência, em especial no período puerperal, conforme evidenciado, em 1972, no Plan Decenal de Salud para las Americas (OPAS, 1972; ESPÍRITO SANTO, 1982).

No que se refere ao cuidado materno infantil, o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) recomendava atenção especial na assistência ao binômio mãe e filho devido à mulher representar um grande contingente populacional, e devido à sua importância biológica e sócio econômica, que a tornava mais vulnerável aos riscos de morbimortalidade (ESPÍRITO SANTO, 1982). Assim, o governo federal, pressionado pelo movimento de mulheres, profissionais de saúde e instituições da sociedade civil organizada, articulou-se e projetou políticas e propostas assistenciais de apoio e humanização à saúde materno-infantil (BRASIL, 1985; TYRREL; CARVALHO, 1995; FAVERO, 2006).

Nesse sentido, é lançando em 21 de junho de 1983 o PAISM, como proposta apresentada pelo Ministro da Saúde Waldyr Mendes Arcoverde. Esse plano representava uma esperança de resposta ao dramático quadro epidemiológico da saúde feminina. No mesmo ano, através da Resolução nº. 18/83 do Instituto Nacional de Assistência médica da Previdência Social (INAMPS), instituiu-se o alojamento conjunto (AC) nas maternidades,

com leitos pagos pela Previdência Social, com a previsão de oferecer quartos únicos às parturientes e aos recém-nascidos (BRASIL, 1985; CORREA, 1993).

O AC surgiu da necessidade de propiciar um relacionamento favorável entre o binômio mãe-filho desde os primeiros momentos do pós-parto, possibilitando em um mesmo espaço físico a prestação de todos os cuidados assistenciais e educativos à mãe sobre a sua saúde e a de seu filho. O Ministério da Saúde argumenta que o AC é um centro natural de educação para saúde e não um local de acomodação de pessoas (BRASIL, 1982; BRASIL, 1982b; BRASIL, 1985). Esta concepção de transformar o setor de maternidade em campo de educação para saúde exigia a (re)configuração do *habitus* profissional da equipe de saúde, em particular, o da enfermagem, no seu contexto de atuação.

Parafrazeando Silva e Almeida (2008), podemos constatar que, apesar das políticas públicas de educação e da saúde na atenção materno infantil, a assistência à saúde da mulher e da criança no período puerperal ainda representava um nó crítico que requeria discussões e ações efetivas para alcançar a qualidade nos cuidados como passo para integralidade no atendimento puerperal.

Em uma revisão integrativa da literatura, Pimpão *et al.* (2012) constatam que o cuidado de enfermagem no período puerperal era, em sua maior parte, avaliado como insatisfatório, tendo em vista que muitas clientes não tiveram as suas necessidades supridas em decorrência do distanciamento e descuido dos profissionais. As mulheres brasileiras reclamavam de um abandono por parte dos profissionais, com falta de apoio empático, profissionais atarefados e estudantes inexperientes. O descumprimento de políticas de saúde voltadas para a melhoria da qualidade do parto e do nascimento subtraíam da mulher o direito humano de atenção.

Estudos apontam para uma cobertura deficiente e cuidados de enfermagem precários no período puerperal. Segundo Espírito Santo (1982) a qualidade de assistência no período puerperal estava abaixo de 5%, conforme evidenciado no Plan decenal de salud para las America (OPAS, 1972; ESPÍRITO SANTO, 1982). Era, portanto, visível o desrespeito aos direitos da mulher, da criança e da família e a pouca valorização aos aspectos subjetivos da maternagem<sup>3</sup> influenciados por um modelo biomédico dominante (OPAS, 1972; BRASIL, 1993; SILVA, SOARES, 2003; MIRANDA, 2007; SILVA, ALMEIDA, 2008).

Culturalmente, as tarefas para com o cuidado da criança e da mulher são consideradas naturais, instintivas, insignificantes, imperceptíveis, fáceis e fúteis na visão de uma sociedade

---

<sup>3</sup> Cuidados próprios de mãe, materno, afetuoso, dedicado, carinhoso e maternal.

androcêntrica e científicista. Em um contexto histórico, homens e mulheres são vistos como duas variantes: superior e inferior, onde a ordem física e social organizada pelo princípio da divisão sexual excluem as mulheres de tarefas nobres, impondo e assinalando-lhes lugares inferiores com tarefas consideradas domésticas, como o cuidado à criança e ao doente. Portanto os cuidados materno-infantis no pós-parto não eram valorizados, sendo muitas vezes invisíveis aos olhos do profissional (LOPES; MEYER; WALDOW, 1986; BOURDIEU, 2003).

O estado do ES encontrava-se em situação semelhante à de outras regiões brasileiras, com cuidados precários por *déficit* de recursos humanos, onde os profissionais, cada vez mais, assumiam as funções administrativas e a supervisão da assistência, delegando os cuidados diretos de enfermagem aos profissionais de níveis médio e elementar da profissão (LIMA, 1988, 1998, 2001).

### 1.3 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E ADERÊNCIA COM O TEMA

Há alguns anos, eu me preocupo com o cuidado de enfermagem realizado à mulher e à criança no pós-parto. Ao longo de minha inserção na enfermagem como acadêmica, enfermeira e docente, tenho dedicado grande parte da minha atuação na assistência ao binômio mãe-filho.

A despeito da complexidade que envolve a assistência a esse grupo, não é rara a convivência com outros profissionais de enfermagem que não reconhecem a dimensão do investimento necessário para que se possa oferecer uma assistência adequada ao referido binômio. Ao longo desse tempo, assumi diversas funções em instituições públicas de saúde e, em todas essas experiências, me preocupava com os efeitos concretos e simbólicos do cuidar para a enfermagem.

Atualmente, exerço o cargo de responsável técnica de um Centro de Referência Estadual em Banco de Leite Humano (BLH), no Hospital Universitário da UFES, onde atendo clientes com as mais variadas dúvidas e dificuldades para consigo e seu filho, no cuidado pré e pós-parto, em especial no cuidado com a alimentação do recém-nascido.

Esta vivência me fez refletir quanto à importância da conscientização dos profissionais acerca da educação em saúde no período puerperal, uma vez que esse tipo de cuidado não é tão instintivo e natural, onde a mulher/mãe/nutriz deve ser vista como um ser biopsicossocial complexo, que precisa ser assistido não apenas no aspecto biológico, mas também em sua subjetividade.

Entendo o cuidar como um processo de se relacionar com alguém envolvendo confiança e gerando transformações no outro, uma atitude que vai além de executar técnicas, mas se colocar no lugar do outro e perceber suas necessidades fisiológicas e emocionais, bem como dar ao outro conforto e segurança para que possa superar os “momentos difíceis” de forma mais amena e tranquila (WALDOW, 1998). Nesse cargo que ocupo, percebi que a enfermagem vem se distanciando do cuidado direto à pessoa, em particular no período do pós-parto imediato, quando o cuidado se torna extremamente necessário, tanto no âmbito fisiológico quanto psicossocial, com vistas à efetivação do autocuidado materno e a promoção do cuidado com o neonato.

Diante dessas vivências, procurei respostas iniciais no Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), onde, através do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS), investiguei a participação da enfermeira nas ações pró-aleitamento materno na maternidade do Hospital das Clínicas. Escolhi este tema por acreditar que o incentivo para o Aleitamento Materno (AM) é um dos cuidados que deve ser realizado pela enfermeira no campo do AC. O estudo evidenciou que, através do Serviço de Enfermagem do Hospital das Clínicas, na década de 1990, foram implantadas novas formas de cuidar, particularmente no cenário do AM, buscando novos saberes, práticas e soluções frente às causas do desmame precoce, ou seja, houve a reatualização do *habitus* profissional daquele grupo de profissionais (PONTES; SANTOS, 2007).

A dissertação também apontou que as enfermeiras ocuparam um espaço a princípio desvalorizado pelas demais categorias da equipe de saúde. No entanto, esta participação proporcionou-lhes capitalizar lucros simbólicos mediante a aquisição de capital cultural que, por sua vez, estabeleceu um realinhamento de posições de poder e de espaço, o que, sem dúvida, representou um avanço significativo no sentido da luta pelo reconhecimento de seu trabalho e da identidade profissional da categoria. Foi constatado, então, que tais poderes fizeram com que as enfermeiras reavaliassem as suas funções, no sentido de desenvolver atividades de natureza administrativa, assistencial e educativa (PONTES; SANTOS, 2007).

Estimulada a pensar neste tema, optei por investir em um estudo que pudesse repensar o cuidado de enfermagem prestado à mulher e à criança na maternidade. Entendendo que este não se resume apenas à assistência ao parto e aos eventos involutivos do puerpério, mas um cuidado mais amplo que envolva os aspectos subjetivos da maternagem.

#### 1.4 TESE

Diante da problematização exposta apresento como Tese que a participação de docentes enfermeiras da UFES, ao determinar a reconfiguração do cuidado materno infantil no Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, deu visibilidade à atuação da enfermeira no Hospital. No entanto, interesses específicos colocaram enfermeiras assistenciais e enfermeiras docentes em posições distintas, com implicações significativas para todos os envolvidos.

#### 1.5 QUESTÕES NORTEADORAS

Nestas perspectivas, são fundamentais, como vertentes de estudo, os seguintes questionamentos.

- Qual foi o movimento da enfermagem no Hospital das Clínicas para implantação e implantação do serviço de maternidade?
- Que elementos interferiram no cuidado de enfermagem na saúde materno infantil no Hospital das Clínicas, no recorte temporal deste estudo?

#### 1.6 OBJETIVOS

Tomando como base as questões norteadoras acima, foram definidos os seguintes objetivos.

- Descrever as circunstâncias que culminaram com a necessidade de reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil no âmbito do Hospital das Clínicas.
- Analisar as estratégias adotadas pela chefe da Maternidade, docente da UFES, para reconfigurar o cuidado de enfermagem no Hospital das Clínicas.
- Discutir os efeitos simbólicos dessas estratégias na maternidade do Hospital das Clínicas.

Partindo da premissa de que todo neonato é dependente de sua mãe e necessita de amparo e cuidados nos primeiros momentos de vida, e que a hospitalização do parto é um facilitador da atenção qualificada e humanizada à mulher no pós-parto – sendo o hospital considerado um espaço para instrumentalizar a mulher para seu autocuidado e de seu filho – é necessária uma postura diferenciada, demandando conhecimento sobre as necessidades da mulher e da criança, buscando, assim, elementos facilitadores para mediar as experiências das mulheres na maternidade.

O presente estudo representa uma contribuição acadêmica para uma reconstrução do modelo de cuidado na enfermagem materno infantil, dando melhor compreensão da assistência à mulher e à criança no puerpério, trazendo como consequência singular deste estudo a possibilidade de colaborar na conscientização dos estudantes e enfermeiros no que se refere à importância dos documentos para a história da profissão no âmbito do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM) e no Departamento de Enfermagem da UFES, principiando estratégias que sensibilizem estudantes e profissionais para o valor da História de Enfermagem em outras Instituições de Ensino Superior no âmbito do estado do Espírito Santo. Além disso, este estudo contribui com as produções científicas, nacional e internacionalmente, ampliando o acervo documental do Centro de Memória de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFES e o Serviço de Enfermagem do Hospital das Clínicas (HC), pois a prática de pesquisa é pouco articulada na enfermagem capixaba e a história da enfermagem brasileira vem sendo (re)construída com esforço, pois são poucos os pesquisadores sensíveis à importância de se preservar a memória da profissão.

Inclui-se também a compreensão e a construção de uma versão da história da enfermagem no HC e no estado do ES, despertando os profissionais, em particular os de enfermagem, no que se refere à importância de se resguardar documentos de fonte oral e registros históricos no estado, além de trazer relevância social por nos permitir refletir o quanto a enfermagem vem contribuindo para a saúde das mulheres e das crianças no período pós-parto.

Além disso, o estudo vai ao encontro da Agenda Nacional de Prioridades da Pesquisa em Saúde, que inclui a Saúde da Mulher no que concerne a magnitude, dinâmica e compreensão dos problemas de saúde desse grupo, na gravidez, no parto e no puerpério, com ênfase na efetividade da humanização da assistência ao parto e ao puerpério. Também prioriza aspectos relacionados à medicalização do corpo feminino nas diferentes fases da vida e às práticas de cuidado à saúde da mulher em fase reprodutiva e no climatério.

Os registros históricos nos mostram que o cuidado faz parte da existência humana e atualmente vem sendo estudado por pesquisadores, em especial enfermeiros, influenciando, assim, no saber e na prática de enfermagem, o que torna relevante a sua inserção como linha de investigação, na medida em que contribui para a melhor compreensão da forma de cuidar profissional (BACKERS *et al.*, 2006).

Pretendo também, a partir desse resgate documental e histórico, contribuir na organização do Centro de Memória de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFES, enquanto subproduto deste estudo.

## 2 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo de cunho histórico-social, por revisar e redirecionar a história com um enfoque centrado a um lugar social (este termo se refere a uma preocupação central), colocando a sociedade como objeto da história. Será utilizada uma abordagem dialética que

se propõe a abarcar o sistema de relações que constrói, no modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que traduzem o mundo dos significados busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo (MINAYO, 2004, p. 24).

A esse respeito, não se pode esquecer que esta modalidade de pesquisa fornece subsídios para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriamente e transformação. Busca, ainda, apreender a prática social empírica dos indivíduos ou grupos em sociedade e realizar a crítica das ideologias, que se misturam entre o sujeito e o objeto, ambos históricos e comprometidos com os interesses e as lutas sociais de seu tempo (MINAYO, 2004, p. 65).

Buscando a quebra dos paradigmas positivistas e tradicionais, a pesquisa na modalidade da Nova História se constrói preocupada com os anônimos, seus modos de viver, sentir e pensar. A micro-história surge como um método de pesquisa da história social com foco para o particular e não mais para o geral. Propõem-se as vivências históricas individuais que podem ser parcialmente reconstituídas, registrando, assim, uma história vista de baixo, centralizada na busca de uma descrição mais realista do comportamento humano (BURKE, 1992; BARROS, 2004; 2008). Sob o ponto de vista da micro-história, este estudo se aproxima, para enxergar de perto o cotidiano, da trajetória e das práticas do cuidado de enfermagem na maternidade escola do HC.

Para Revel (1998), é essencial a mudança de escala de observação para definição de um projeto baseado na micro-história, e ressalta a importância de que “variável a objetiva não significa apenas aumentar (ou diminuir) o tamanho do objeto no visor, significa modificar sua forma e sua trama” (REVEL, 1998, p. 20). Sendo assim, ao estudar determinadas situações em sua singularidade e em escala reduzida, é possível compreender tais situações, atores e comportamentos de maneira mais profunda.

O autor ainda destaca que levar em consideração as singularidades não constitui privilegiar o individual, mas demonstrar que “essas vidas minúsculas também participam, à sua maneira, da ‘grande’ história da qual elas dão uma versão diferente, distinta, complexa”

(REVEL, 1998, p. 12). Dessa forma, a questão principal não é opor as escalas de observação em que os fenômenos são estudados, mas sim “reconhecer que uma realidade social não é a mesma dependendo do nível de análise (...) em que escolhemos nos situar” (REVEL, 1998, p. 12).

Este estudo está compreendido no conceito de história do tempo presente. Sendo assim, Chauveau (1999, p. 15) afirma que “a história não é somente um estudo do passado, ela também pode ser, com um menor recuo e métodos particulares, o estudo do presente”. Parafrazeando Chauveau (1999), alguns aspectos legitimam a definição da história do tempo presente considerando-a como abordagem científica, “tais como: os métodos utilizados, a natureza e a forma de análise dos arquivos, a presença do historiador em seu tempo e a aproximação com o acontecimento”. Para o referido autor, “A epistemologia da história do presente consiste, portanto, em interrogar a história a fim de propor novos dados que aumentarão sua capacidade de explicitação e sugestão” (CHAUVEAU, 1999, p. 36). Além disso, a história do tempo presente busca, no passado, objetos que estejam de acordo com a demanda contemporânea, visando abandonar objetos de estudo considerados obsoletos.

O suporte teórico que sustenta a análise dos dados da pesquisa apoia-se na Teoria do Mundo Social, do sociólogo francês Pierre Bourdieu (1998; 2003; 2005), que estuda a configuração e a origem dos diferentes espaços sociais, as hierarquias e o poder simbólico entre os agentes no interior desses espaços, e que elaborou conceitos básicos como capital, poder simbólico, luta simbólica, violência simbólica, *habitus* e campo. Para esse autor, os agentes e grupos de agentes são definidos pelas suas posições e poder ocupados em um determinado espaço estruturado em um mundo social (BOURDIEU, 1998; 2003; 2005).

Neste estudo, a aplicação do conceito de *habitus* nos permitiu a compreensão das dimensões objetivas e subjetivas do mundo social destes agentes. Para Bourdieu, *habitus* é conceituado como conhecimento adquirido, disposição incorporada e duradoura que resulta de um longo processo de aprendizado, produto do contato com as diversas estruturas. Nessa linha de raciocínio, o *habitus* é entendido como sistema de disposições duráveis, estruturadas de acordo com o meio social dos sujeitos e predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações do cuidado.

Dentre os conceitos elaborados por esse autor, destaco também o capital cultural, científico, simbólico e suas outras diferentes espécies (BOURDIEU, 2003). Entendo que o capital científico adquirido pelo enfermeiro no cuidado hospitalar representa um poder pessoal fundado quase que exclusivamente sobre o reconhecimento de suas ações, e as

estratégias utilizadas para o cuidado dependem dos tipos de capital possuído ou desejado pelo agente.

Na visão de Bourdieu (2003), os agentes ocupam posições mais ou menos privilegiadas de acordo com o seu capital adquirido em função do modo como se distribui na sociedade. O espaço social, para esse autor, representa um campo de forças objetivas e impostas a todos os que entram no campo e representa a distribuição no espaço físico das diferentes espécies de bens, serviços e agentes fisicamente localizados e dotados de propriedades de apropriação destes bens e serviços mais ou menos importantes.

No cenário hospitalar, a hierarquia, o poder e a violência simbólica estão sempre presentes e sob o domínio dos profissionais de saúde, por deter maior capital científico. Para Bourdieu (2005), quanto mais capital um agente tiver, mais poder ele tem para afirmar suas ideias e modificar as regras do jogo. O campo é

um espaço social estruturado, um campo de forças, onde há dominantes e dominados e relações constantes, permanentes, de desigualdade, que se exercem no interior desse espaço, que é também um campo de lutas para transformar ou conservar esse campo de forças (BOURDIEU, 2005, p. 135).

Neste estudo, o campo institucional refere-se ao serviço materno infantil do HC. De início, cumpre ressaltar que, na visão de Bourdieu (2005), a aplicação do conceito de campo refere-se à noção do espaço de posições sociais, nos quais determinado tipo de bem é produzido, consumido e hierarquizado. Nesse sentido, se estabelecem lutas e violências simbólicas permanentemente, envolvendo grupos de profissionais de uma mesma área e de áreas distintas, pela enunciação de um discurso autorizado nesse espaço social.

Para o autor, o efeito da dominação simbólica se exerce não na lógica pura da consciência, mas sim através das ações que derivam de seus *habitus* e que fundamentam aquém das decisões da consciência e dos controles da vontade, reforçando a lógica paradoxal da dominação do homem e da submissão da mulher no modelo de cuidado puerperal. Os dominados contribuem para a sua dominação, aceitando tacitamente os limites impostos no mundo físico simbolicamente estruturado e permeado pela dominação masculina (BOURDIEU, 1998b, p. 136).

Podemos compreender a “lacuna” no cuidado do pós-parto como uma questão de gênero como aprendizagem de papéis femininos e masculinos onde muitos dos atributos tidos como “naturais”, tais como cuidado da criança, são, na verdade, características sociais construídas podendo ser compreendidas se nos mantivermos atentos aos efeitos duradouros

que a ordem social exerce sobre as mulheres, através do poder simbólico. De acordo com Bourdieu (1998), o poder simbólico é um poder invisível, que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que nem sempre percebem que estão sujeitos a ele ou mesmo que o exercem.

Para Bourdieu (2003), esse poder se exerce em todas as partes do campo, porém é necessário saber descobrir onde ele se esconde e onde é ignorado para reconhecê-lo. É o poder de fazer ver e de fazer crer, de produzir e de impor a classificação legítima ou legal. Esse poder simbólico dos agentes está relacionado com a posição por eles ocupada no espaço social.

O poder simbólico traz embutida a violência simbólica. Assim, numa relação entre os agentes, a que tem maior capital é suficiente para impor a outra um reconhecimento extorquido. Essa violência invisível e silenciosa se exprime através de coerções pontuais e duradouras, a que os dominados se submetem, num esforço para alcançar a correção, ou para renovar o seu *habitus* (BOURDIEU, 2003).

Se tomarmos como base para reflexão o conceito de poder simbólico de Pierre Bourdieu (2003), podemos entender que o processo de medicalização do parto e nascimento implica também numa violência simbólica, onde o poder de fazer ver e de fazer crer, de produzir e de impor uma visão, depende da posição ocupada no espaço social. Assim, quem tem um capital simbólico mais eficiente num dado campo (homens e médicos) impõe ao outro (mulheres e enfermeiras) um reconhecimento extorquido.

No campo da maternidade, a dominação consiste em atribuir às mulheres a responsabilidade de sua própria opressão, sugerindo que elas escolham adotar práticas submissas e aceitar como “natural” o sofrimento e o abandono no parto e pós-parto. Há uma relação de cumplicidade entre dominados (mulheres clientes) e dominantes (profissionais de saúde com destaque aos médicos e profissionais de enfermagem) levando-as a adotar sobre os dominantes e sobre si mesmas o próprio ponto de vista androcêntrico, dissimulando e desvalorizando o trabalho da mulher no parto e condenando-as a permanecerem ignoradas no período da internação.

Essa relação de poder é intensificada pela comunicação. Nesse sentido, Bourdieu (1998) entende que a troca linguística se estabelece em meio a determinada geração de força simbólica entre um produtor, provido de um certo capital, e um consumidor, capaz de propiciar determinado lucro material ou simbólico.

As trocas linguísticas são relações de poder simbólico, onde se atualizam as relações de força entre os locutores e seus receptivos grupos. Uma relação de comunicação entre um

agente emissor e um receptor está fundada no ciframento e deciframento e, portanto, na operação de um código ou de uma competência geradora. O produto linguístico só se realiza como mensagem se for decifrado (BOURDIEU, 1998b).

Nesse sentido, a equipe de enfermagem possui uma “autonomia” sobre o cliente, no campo materno infantil, exercendo poder simbólico com relação à cliente, com imposições externas do que ela pode ou não fazer, perpetuando o modelo hegemônico estabelecido, com a submissão das mulheres ao poder institucional. A postura submissa que se impõe às mulheres, limitando-as e confinando-as simbolicamente, nos faz refletir sobre a perpetuação da relação de dominação entre os sexos, apesar de todas as mudanças visíveis da condição feminina. Esse *habitus* profissional caracteriza um modelo de assistência desfavorável ao cuidado mãe-filho com grande insatisfação no que tange ao acolhimento, à escuta e à educação em saúde.

Neste estudo, o serviço de maternidade foi definido como sendo um espaço social institucionalizado, no qual, na época, atuavam colaboradores portadores de diferentes *habitus*, detentores de capitais culturais diferentes, ocupando, assim, posições diferentes no campo.

Para melhor entendimento do *habitus* destes agentes, considero pertinente apresentar uma breve trajetória do HC, cenário deste estudo, até o seu recorte inicial. Embora exista escassez de relatos escritos, no desenvolver da minha dissertação de mestrado localizei, no Centro de Estudos dessa instituição, algumas anotações manuscritas em forma de relatórios e ofícios de um médico pioneiro do HC, quando ainda era Sanatório Getúlio Vargas. Esse documento reproduz parte dessa história.

O HC, situado em uma área ampla no bairro de Maruípe, no município de Vitória, ES, é o Hospital Escola da UFES e atende a todos os níveis de saúde, embora seja referência para o nível terciário no sistema de saúde capixaba. Nas poucas informações escritas por Ovídio Paoliello<sup>4</sup> e reforçadas em relatórios e coletâneas de dados do hospital, esta instituição foi construída em 1935 e (re)inaugurada em 1942, como sanatório “Getúlio Vargas”, sendo, em 1967, cedido pelo Governo do Estado para a UFES, passando a se chamar “Hospital das Clínicas” em 1968<sup>5</sup>; e em 23 de abril de 1980 teve seu nome alterado para “Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes”, em homenagem póstuma ao ex-professor e ex-diretor da instituição (PAOLIELLO, 1943; PONTES; SANTOS, 2007; RIOS, 2009).

O Hospital das Clínicas se encontrava, no período deste estudo, em grandes dificuldades financeiras e de recursos humanos. Com 217 leitos e necessitando de reformas

---

<sup>4</sup> Médico pioneiro do Sanatório Getúlio Vargas.

<sup>5</sup> A partir de 1981, com a morte de Dr. Cassiano, teve seu nome modificado para Hospital Universitário.

condizentes com seu papel social enquanto Hospital Universitário, realizava 545 internações ao mês, nas cinco especialidades médicas existentes (clínica fisiológica, clínica médica, clínica cirúrgica, clínica ginecológica, clínica obstétrica e clínica otorrinolaringológica), das quais 44 internações eram na clínica ginecológica (n = 19) e clínica obstétrica (n = 24)<sup>6</sup>. Estes dados retratavam a lamentável situação econômica e social do HC, contribuindo para instabilidade profissional, o que se refletia no modelo de assistência à mulher e à criança na maternidade, tendo que se priorizar o atendimento às situações emergenciais. No período do estudo, a administração da UFES pleiteou ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) recursos necessários para a construção de um novo prédio anexo ao hospital, com aproximadamente 6.000 m<sup>2</sup> de área<sup>7</sup>.

Os colaboradores preferenciais desta pesquisa foram os enfermeiros(as) administrativos(as)<sup>8</sup>, assistenciais e docentes que atuaram na maternidade do HC no recorte temporal deste estudo. Em levantamento realizado por Lima (1988), a Divisão de Enfermagem (DE)<sup>9</sup> possuía, até a década de 1980, um total de 323 servidores, sendo que destes 281 eram membros da equipe de enfermagem no HC, distribuídos conforme ilustra o Quadro 1.

Quadro 1: Força de trabalho da enfermagem

ENFERMEIROS	17
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	54
AUXILIARES DE ENFERMAGEM	174
ATENDENTES DE ENFERMAGEM	36
TOTAL	281

**Fonte:** Departamento de Pessoal/HUCAM – UFES (LIMA, 1988).

A seleção dos agentes foi feita pela acessibilidade e disponibilidade dos mesmos em participarem deste estudo na qualidade de colaboradores. Utilizei como critério de inclusão dos agentes ser médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que vivenciaram o período de estudo em atividade discente, docente e assistencial no HC ou foram citados por

<sup>6</sup> HUCAM, Livro de Relatório de atividades hospitalares, 1980

<sup>7</sup> HUCAM, Livro de Relatório de atividades hospitalares, 1980

<sup>8</sup> Enfermeiros administrativos desempenhavam funções de supervisores no serviço de enfermagem.

<sup>9</sup> A DE faz parte da estrutura operacional do Hospital das Clínicas, responsável pela política e coordenação de todas as atividades da equipe de enfermagem.

algum depoente como participantes do acontecimento. Foram excluídos deste estudo os profissionais cuja condição de saúde comprometia o resgate da memória, a dificuldade na fala ou escrita, a impossibilidade de contato ou aqueles que não desejaram participar da pesquisa na qualidade de colaboradores.

Um segundo grupo de colaboradores envolvidos foi necessário, considerando a inserção destes na instituição e a possibilidade de, ao ser parte do processo, poderem representar e significar “o cuidar” das enfermeiras. Para compor este segundo grupo, contatamos a equipe administrativa do hospital, a equipe de nível médio de enfermagem e outros profissionais que atuaram em áreas de interface com a enfermagem, como o serviço de nutrição e os médicos pediatras e obstetras da época.

Para localizar os depoentes, iniciei, em maio de 2012 uma busca nos registros do hospital, localizados na Divisão de Enfermagem (DE) e no Departamento Pessoal, sendo possível a identificação de 21 colaboradores. No entanto, foram excluídas quatro depoentes por endereços não localizados ou incorretos, e duas enfermeiras, sendo uma residente no estado do Rio de Janeiro, da qual não obtive endereço completo para contato, e outra que, apesar de vários contatos e ajuda de outros depoentes, se manteve resistente em participar do estudo. Assim o *corpus* documental deste estudo foi formado por quinze colaboradores, sendo onze enfermeiras, dois médicos, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem, conforme listado no Quadro 2.

Quadro 2: Perfil dos agentes da pesquisa vinculados ao HUCAM/UFES.

COLABORADOR	CATEGORIA	FUNÇÃO
C1	ENFERMEIRA	DOCENTE da UFES e EGRESSA da UFRJ
C2	ENFERMEIRA	DOCENTE da UFES e EGRESSA da UFRJ
C3	ENFERMEIRA	ENFERMEIRA do HUCAM e DOCENTE da UFES
C4	ENFERMEIRA	DOCENTE da UFES
C5	ENFERMEIRA	ENFERMEIRA do HUCAM
C6	ENFERMEIRA	ENFERMEIRA do HUCAM
C7	TECNICO DE ENFERMAGEM	TECNICO DE ENFERMAGEM do HUCAM
C8	ENFERMEIRA	DOCENTE UFRJ
C9	ENFERMEIRA	ENFERMEIRA do HUCAM
C10	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	AUXILIAR DE ENFERMAGEM do HUCAM
C11	ENFERMEIRA	DOCENTE da UFES
C12	MEDICO	DOCENTE da UFES
C13	MEDICO	DOCENTE da UFES
C14	ENFERMEIRA	DOCENTE da UFES

C15	ENFERMEIRA	DOCENTE da UFES
-----	------------	-----------------

Fonte: Elaborado pela autora.

A necessidade de reconstruir memórias profissionais e revelar a historicidade do cuidado (re)produzida no campo prático da maternidade nos fez pensar em um estudo histórico-social. Sendo história a reconstrução da memória através de uma narrativa individual ou coletiva, o uso de depoimentos terá o objetivo de reunir discursos, nos quais os colaboradores contem sua história, possibilitando reunir informações da realidade social da época. Assim, utilizaremos, nesta pesquisa, a história oral como:

‘um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica (...)) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo’. Trata-se de estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, etc. (ALBERTI, 2005, p. 52).

A história oral é um método de pesquisa qualitativa que utiliza a técnica da entrevista e outros procedimentos articulados entre si no registro de narrativas da experiência humana, sendo técnica e fonte por meio das quais se produz conhecimento. Este método implica em uma percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado (MEIHY, 1996; ALVES-MAZZOTTI, 2001; ALBERTI, 2005)

Segundo Thompson (1992, p. 22), a história oral começou a ser utilizada no Brasil na década de 1980, trinta anos após a invenção do gravador, nos Estados Unidos, como uma técnica para coleta de dados através das experiências com a gravação, transcrição e conservação das entrevistas. Atualmente, observa-se seu grande avanço. O autor acrescenta ainda que “a história oral pode devolver às pessoas que fizeram e vivenciaram a história um lugar fundamental, mediante suas próprias palavras”, uma vez que muitas das informações podem estar ocultas e através da história oral serem reveladas; o que é reforçado, quando afirma que “a evidência oral pode conseguir algo mais penetrante e mais fundamental para a história” (THOMPSON, 1992, p. 137).

Quanto à técnica da entrevista, utilizamos a oral-temática, com roteiro previamente elaborado, que foram fontes para compreensão do passado, ao lado de documentos escritos, imagens e outros registros. “Uma vez que a produção de estudos históricos requer a leitura dos documentos nas entrelinhas e (...) a crítica das testemunhas orais ainda não atingiu a sofisticação da crítica de um documento” (BURKE, 1992, p. 25), procuramos dedicar atenção às etapas técnicas de gravação de uma entrevista no contexto da história oral.

Segundo Alberti (2005, p. 56), para proceder a uma pesquisa de história oral é preciso contar com um equipamento de gravação e reprodução de áudio e, diante da velocidade tecnológica dos equipamentos e ciente da necessidade de conversão permanente em novos formatos, utilizamos dois gravadores digital portáteis, garantindo, assim, melhor qualidade aos registros sonoros. A trajetória dos depoimentos se conduziu com a gravação digital da entrevista, seguida da duplicação em CD para preservação do original e transcrição da outra cópia, pois “as fontes da história se diversificaram e os documentos sonoros e audiovisuais firmaram sua importância no conjunto do legado da humanidade e dificilmente irão perder este estatuto” (ALBERTI, 2005, p.56).

A gravação pode registrar todas as expressões orais, e foram necessárias as fontes secundárias para composição do cenário, que, em análise conjunta com os depoimentos orais, nos permitiram detectar as coincidências e as incoerências que apareceram (CERTEAU, 2006, p. 87). A tarefa de um historiador é compreender como os fatos se deram e como eles se relacionam entre si, ofício este não muito fácil, principalmente na enfermagem, pois demanda intenso trabalho bibliográfico-documental e não temos o hábito de preservação dos registros, além do imenso cuidado para não cometer anacronismo<sup>10</sup>.

Os documentos são as matérias-primas de um historiador (BARREIRA, 1999, p. 88) e, preliminarmente, realizamos a análise documental de fontes primárias: documentos escritos oficiais (atas, livros de registros, resoluções, decretos e portarias) disponíveis nos arquivos da DE, e outros não oficiais (cartas, depoimentos e relatórios) disponíveis nos arquivos pessoais de depoentes e doados ao centro de memória do Departamento de Enfermagem da UFES, além de recortes do *Jornal A Gazeta*, à época, localizados no Arquivo público de Vitória, bem como no acervo pessoal de Maria Zilma Rios, servidora do Centro de Estudos do HC.

Foi possível também trabalhar com algumas fotografias: uma da solenidade de formatura da EEAN/UFRJ, que evidenciava as primeiras enfermeiras que vieram para o ES, cedida por uma das depoentes no momento das entrevistas; quatro fotografias do hospital, arquivadas no Centro de Estudos do HC, que nos permitiram visualizar a área física da maternidade nas respectivas épocas. Para seleção deste *corpus* documental, foi demandado um tempo de quatro meses para acessar e visualizar todas as microfilmagens nos dois Jornais de maior circulação no estado à época (*Jornal A Gazeta* e *A Tribuna*). A busca, seleção e encontro para entrevistas com as depoentes foram iniciadas em 2013 e concluídas no mês de maio de 2016.

---

<sup>10</sup> Tentativa de explicar as ações humanas no passado, de acordo com os nossos valores atuais.

Para análise do *corpus* documental, desenvolvemos procedimentos ativos de interrogação dos documentos numa postura independente da versão oficial, para melhor derivar os achados desses documentos. A análise das fotografias e recortes de jornais se fez a partir da contextualização das mesmas, com base nos documentos escritos e fontes secundárias, permitindo a articulação do conteúdo expressado no texto fotográfico com o que lhe é externo.

Para análise dos documentos orais, as entrevistas foram gravadas e tratadas, respeitando as recomendações de Alberti (2005), nas seguintes fases: Coleta de depoimentos, (Elaboração da pergunta diretriz; Escolha dos depoentes; Processo de negociação de condições e Entrevistas) e o Tratamento de informação (Transcrição, Copidesque, Legitimação/conferência e assinatura de uma carta de cessão dos direitos de uso do seu depoimento). Vale ressaltar que, para contextualizar o objeto de estudo, realizamos de forma informal uma entrevista com duas docentes egressas da EEAN e indicadas para docência e abertura do curso de Enfermagem na UFES, atuando como docentes e enfermeiras assistenciais no HC/UFES. A entrevista com a docente identificada como C2 foi realizada em 18 de novembro de 2013 e com a docente identificada como C1 foi realizada em 24 de novembro de 2013, e tiveram a duração de uma hora e trinta minutos e duas horas e dez minutos, respectivamente.

As demais entrevistas se deram no decorrer dos anos de 2014 a 2016, nas residências das próprias colaboradoras. Todas as entrevistas foram precedidas da autorização das colaboradoras e tiveram a duração de 120 minutos, em média.

Para assegurar a confiabilidade dos resultados, valorizamos o conjunto documental da época estudada e não os documentos isoladamente. Para fundamentar as análises, utilizamos conceitos de Pierre Bourdieu (1998; 2003; 2005), procurando superar os três desafios descritos por ele: a) ilusão da transparência, definida como perigo da compreensão espontânea, como se o real se mostrasse nitidamente ao pesquisador; b) risco de sucumbir à magia dos métodos e das técnicas, esquecendo o essencial: a fidedignidade às significações presentes no material e referida às relações sociais dinâmicas; e c) dificuldade de se juntarem teorias e conceitos muito abstratos com os dados recolhidos no trabalho de campo.

As fontes secundárias, localizadas na Biblioteca da UFES, na Biblioteca Nacional e na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), foram constituídas de livros, artigos, dissertações e teses que versam sobre a história e a política da educação e da saúde, mais especificamente no âmbito da reforma universitária e da assistência à mulher e à criança no

Brasil, com destaque para as políticas governamentais e ao cuidado pós-parto nas décadas de 1970 e 1980, além da temática que aborda a história da enfermagem Brasileira, em especial a história do ES e da UFES.

Através dos procedimentos de credibilidade, utilizamos o método da triangulação da fonte de dados, para comparar o relato do informante sobre o que ocorreu no documento escrito. Considerando que utilizamos uma abordagem qualitativa, se fez necessário verificar as nossas interpretações perante os entrevistados como fonte de dados. Portanto, apresentamos aos participantes os resultados e as conclusões para que avaliassem quanto à precisão e relevância dos achados – método de checagem por participantes. Para garantir a autenticidade dos documentos (fidedignidade) e a precisão dos dados (procedência), utilizamos respectivamente nos documentos a crítica externa e interna, com esforço por eliminar as eventuais contradições dos materiais (PONTES; SANTOS, 2007).

Atendendo critérios éticos, respeitamos a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que respalda a realização dos projetos de pesquisa científica. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFES, no qual foi aprovado com o parecer n. 970.725 em 22 de dezembro de 2014. O termo de consentimento livre e esclarecido ao voluntário foi apresentado e explicado a cada depoente para sua devida compreensão. A identificação nominal de alguns colaboradores foi consentida pelos mesmos, e para os demais utilizamos a letra C, de colaborador, seguida de números ordinais, em ordem crescente, para garantir o sigilo e a privacidade de suas identidades.

Os riscos relacionados com a participação no estudo foram mínimos, pelas dificuldades de agenda para encontros e pelo desconforto da entrevista, que demandou um tempo médio de 120 minutos. Alguns colaboradores relataram constrangimentos por reviver o passado, através da memória das experiências vividas. Porém, não houve necessidade de interromper a entrevista e nenhum colaborador necessitou ser acolhido pela pesquisadora ou pelo serviço de saúde ocupacional da instituição. O benefício relacionado à participação foi a possibilidade de resgate da inserção do enfermeiro na história do cuidado puerperal do HC.

## 2.1 ESTRUTURA OPERACIONAL DA TESE

O estudo compreendeu uma introdução que tratou das considerações iniciais, em que constaram a minha trajetória profissional, a problemática, as questões norteadoras, os objetivos e a proposta teórica e metodológica.

A temática foi estruturada em três capítulos:

- No primeiro capítulo, descrevemos o panorama do contexto histórico-social das políticas públicas na educação e na saúde materno infantil, que ensejaram nas mudanças na forma do cuidado à mulher e na adequação do Hospital Escola da UFES, permitindo a inserção das enfermeiras na Maternidade do hospital.
- No segundo capítulo, apresentamos o movimento e a estratégia de ação das enfermeiras nas dificuldades e possibilidades enfrentadas para implantar e implantar o serviço de maternidade no HC.
- No terceiro capítulo, discutimos os efeitos simbólicos da reconfiguração do cuidado puerperal no HC à luz do Curso de Enfermagem da UFES.
- Por fim, foram apresentados as considerações finais, as referências bibliográficas e os anexos.

### **3 CAPÍTULO 1 - CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE DA MULHER**

Este capítulo contempla, em especial, o desenvolvimento da saúde da mulher no país a partir de meados do século XX, em especial o período 1960 a 1984, conforme delimitado neste estudo. Considerando os objetivos da pesquisa, é pertinente destacar os antecedentes a este recorte para melhor contextualizar a condição da mulher, em âmbito nacional e estadual.

#### **3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

##### **3.1.1 Mulher, sociedade e saúde no Brasil**

Tradicionalmente no modelo do Brasil Colônia, a história reservou para a mulher um lugar pequeno, pertencente a uma categoria inferior, concebida como um ser desprovido de capacidade intelectual e de significativa fragilidade orgânica, necessitando ser domesticada, submetida e dominada por homens que são culturalmente superiores e dominantes (PINHEIRO, 2009; MENDONÇA; RIBEIRO, 2010).

Durante gerações, o poder imaginário social, por influência da Igreja, constituiu que as mulheres ficassem em casa aos cuidados dos filhos e do lar, desempenhando uma sagrada missão de mãe (Santa Mãe). O discurso médico, ao longo do século XIX e início do século XX, sustentava o religioso, naturalizando a mulher como aquela que procria, e começa a ocupar o espaço com o controle, conhecimento e domínio sobre o corpo da mulher (PINHEIRO, 2009). É o médico, e não mais a Igreja e o marido, quem determina seus valores e comportamentos, criando um novo papel da mulher na sociedade – com visibilidade e destaque – através da maternidade (DEL PRIORE, 2009; PINHEIRO, 2009).

A maternidade, símbolo do amor, tornou-se o principal papel desempenhado pela mulher na família e, em seu nome, a sociedade trancou-a em casa evidenciando a permanência de fortes traços discriminatórios e desiguais entre homens e mulheres. A mulher vai se configurando como um resultado de construção ideológica determinada por instituições gerenciadas e controladas por homens (Igreja, Medicina e Direito), onde a sua visibilidade e identidade ficam limitadas a ser a rainha do lar, existindo a partir do homem e de sua determinação (DEL PRIORE, 2009; SANTOS, 2010).

Os modos de pensamentos da sociedade são produto de dominação entre os sexos. Vivemos em uma sociedade androcêntrica e a ordem social é uma máquina simbólica da divisão sexual do trabalho. Lançar-se para além do espaço doméstico foi um grande desafio

para a mulher representada pela desigualdade dos sexos no início do século XX, quando o analfabetismo da população lança a mulher para o ambiente do trabalho através do magistério, como uma continuação da função materna, da doação incondicional e da submissão, sendo agora também responsável pelo papel sublime como missionária da civilização e com a nobre tarefa de levar valores e costumes pela educação (RAMINELLI, 2008; DEL PRIORE, 2009; MENDONÇA; RIBEIRO, 2010; SANTOS, 2010).

No jogo das representações do ser mulher, a dominação masculina não apenas espelhou as mulheres, como as produziram. A força da ordem masculina se evidencia no fato de que dispensa justificção: a visão androcêntrica impõe-se como neutra e não tem necessidade de se enunciar em discursos que tendem a legitimá-la. Isso porque, de acordo com Bourdieu (2003b), o mundo social constrói o corpo como realidade sexuada e como depósito de princípios de visão e de divisão sexualizantes. Esse programa social de percepção incorporada aplica-se a todas as coisas do mundo e, antes de tudo, ao próprio corpo. Em sua realidade biológica é ele que constrói a diferença entre os sexos biológicos, conformando a princípios de uma visão mítica do mundo, enraizada na dominação arbitrária de homens sobre mulheres. Essa realidade está inscrita com a divisão de trabalho na realidade social.

Na nova ordem social, a mulher deveria ser instruída e saudável para desempenhar-se como boa mãe, esposa e formadora de homens para a nação (MENDONÇA; RIBEIRO, 2010). Nesse sentido, visando destacar a definição social de sua distinção sexual, caberia aos homens todos os atos públicos ou não e, às mulheres, os trabalhos domésticos, que lhes refletem uma identidade minoritária e socialmente designada (SANTOS, 2010; DEL PRIORE, 2013).

A mulher, enquanto sujeito social, vem tentando construir a sua própria identidade e, ao longo dos anos, tem determinado cada vez mais o seu lugar na sociedade mediante a sua inserção em lutas, as quais vêm acarretando fortes mudanças em nossa sociedade (PINHEIRO, 2009). As modificações comportamentais deram à mulher do século XX a possibilidade de ser incorporada na História como participante da dinâmica de mudanças na instituição familiar e no desenvolvimento da sociedade após longos períodos de submissão feminina. Como afirma Pinheiro (2009, p.174), “sua emancipação revelada no trabalho ainda se configurará em ameaça ao homem na medida em que alcança autonomia econômica e intelectual”.

Antes do século XX, os cuidados prestados à saúde da mulher eram invisíveis socialmente, sendo o parto e o nascimento um assunto predominantemente feminino, onde o

cuidado realizado durante e após o nascimento era reconhecido como atividade feminina e doméstica, sem valores sociais (DEL PRIORE, 2013).

A transformação histórica do parto de um evento social ligado ao cotidiano feminino para um evento médico e hospitalar, com métodos e teorias fundados na anatomia e fisiologia feminina, normatizando a maternidade, acarretou desdobramentos políticos e morais para as mulheres. A institucionalização de um ato fisiológico e natural, como parir, proporcionou poder institucional sobre o corpo feminino, exercido através das políticas de saúde e das práticas de atenção médica, como tentativa de controle populacional, de forma a garantir uma sexualidade socialmente útil e politicamente conservadora (TYRREL; CARVALHO, 1995; MANDÚ, 2002; NAGAHAMA, 2005).

Segundo Santos *et al.* (2010), a medicalização do corpo feminino normaliza, regula e administra os aspectos da vida relacionados à reprodução humana. *Para estes autores as diferenças nas reproduções das relações de trabalho, se relacionam às diferenças de gênero e são continuamente legitimadas através de diferentes posições/poder entre homem e mulheres.* No que concerne ao corpo da mulher, a dominação masculina se expressa em suas funções anatômicas e fisiológicas, nas quais glândulas e órgãos recebem nomes médicos masculinos em sua terminologia científica (trompas de Falópio; tubérculos de Montgomery; sinal de Jacquemier, entre outros) perpetuando a questão da dominação do homem sobre a mulher. Esta diferença sexual passa a ser uma diferença social, que irá se refletir nas relações de trabalho (BOURDIEU, 2005; SANTOS, 2010).

Nas primeiras décadas do século XX, começa a se impulsionar uma mudança nos hospitais quanto à estratégia de atendimento e de funcionamento das maternidades, frente às altas taxas de mortalidade materna e infantil no primeiro mês de vida (CORREA, 1993; TYRREL; CARVALHO 1995; UNGERER, 1999).

No Brasil, a transição do parto domiciliar para hospitalar ocorreu no período entre guerras, mais precisamente após a década de 1960, atingindo diferentemente as mulheres conforme a classe social e as raças. A partir desse contexto se define o que é reconhecido como “saúde da mulher e da criança” pelos indivíduos e instituições: a mulher de boa saúde pare filhos sadios. Os cuidados profissionais não são com a mulher, como no parto domiciliar, mas sim com a gestação e com o nascimento, merecendo o privilégio da atenção médica no parto (TYRREL; CARVALHO, 1995; OSIS, 1998; UNGERER, 1999).

O primeiro programa de proteção à maternidade, à criança e à adolescente, foi criado durante o Estado Novo (1937/1945), tendo suas funções assumidas pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado pelo presidente Getúlio Vargas através do Decreto-Lei nº

2.024, de 17 de fevereiro de 1940, sendo este o primeiro órgão governamental voltado ao cuidado da saúde materno infantil. O documento estabelecia as orientações para a implantação, nas esferas estadual e municipal, de serviços públicos e privados de proteção a esses grupos populacionais, tendo como foco o Programa Alimentar, Educativo, de Formação Pessoal e de Imunização. Em suas normativas, enfatizava, além dos cuidados com a criança, a assistência às gestantes e à amamentação, com caráter nacionalista, preocupado com o combate à mortalidade infantil para se construir uma nação forte, sadia e progressista (BRASIL, 2011).

Após o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, instituiu-se, em 1953, o Ministério da Saúde, que incorporou as funções do DNCr, passando a assistência materno-infantil a ser coordenada em âmbito nacional, e começa a perder importância, no início da década de 1960, para o combate às moléstias endêmicas rurais. O DNCr coordenou as ações materno infantis até 1969 (TYRREL; CARVALHO, 1995; NAGAHAMA, 2005).

Após a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1965, houve maior procura pelos partos hospitalares e um incremento das maternidades brasileiras, marcando um novo modelo de assistência ao parto, que passa a ser aplicado rotineiramente a partir dos anos de 1970 até os dias de hoje, com 99,9% dos partos realizados na região Sudeste como hospitalares (LUZ, 1991; TYRREL; CARVALHO, 1995; MENDES, 2001).

Estes mesmos autores evidenciam que, à medida que os partos hospitalares aumentam, decresce o cuidado com a própria parturiente, em especial no período do pós-parto e iniciam-se medidas de isolamento dos bebês após o nascimento, com o intuito de reduzir o manuseio e a contaminação dos recém-nascidos internados, através dos berçários “sadios”. Assim, a mulher era separada de seus familiares para dar à luz, assim como de seu filho após o nascimento, mesmo quando saudável, o que impedia o aprendizado do cuidado infantil durante a internação hospitalar (LUZ, 1991; TYRREL; CARVALHO, 1995; MENDES, 2001).

A preocupação com o grupo materno-infantil veio reaparecer em 1971 no documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, com propostas de programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de 0 a 4 anos de idade, ao estímulo ao AM e à nutrição, sendo reforçado na recomendação do Plano Decenal de Saúde para as Américas, realizado em Santiago no ano de 1972 (BRASIL, 1971; ESPÍRITO SANTO, 1982; NAGAHAMA, 2005).

Apesar da ampliação do número de leitos hospitalares e o número de partos realizados com a criação do INPS, estudos constatam que não houve mudanças nos dados estatísticos da

saúde materno infantil. As mortalidades maternas e perinatais ainda possuíam índices elevados na década de 1960 a 1980 nas regiões brasileiras (SILVA, 1992; TYRREL; CARVALHO, 1995; BRASIL, 1995; MOURA, 1997).

Segundo estudo pioneiro de Arkader (1969, *apud* SILVA, 1992) sobre a Mortalidade Materna no Brasil, na década de 1960, a região Sudeste possuía uma taxa de óbito materno de 110 x 100.000 partos. Segundo Silva (1992) os índices de morte materna continuaram altos nos anos de 1970. A autora destaca o Rio de Janeiro com um Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM)<sup>11</sup> de 111/100.000 Nascidos Vivos (NV) em 1977, chegando a 217/100.000 NV no início dos anos de 1980 (SILVA, 1992).

Com a incorporação dos avanços da medicina às políticas de saúde pública, particularmente os antibióticos recém descobertos à época e importados no pós-guerra, o país experimentou uma primeira fase de transição demográfica, caracterizada pelo início da queda das taxas de mortalidade, com ganhos expressivos de redução a partir de meados da década de 1980 (TYRREL; CARVALHO, 1995).

Podemos constatar, conforme o Quadro 3, que, até o final deste recorte, registram-se 2,8 milhões de partos hospitalares e um CMM decrescendo lentamente, classificado como nível muito alto, 150/100.000 NV até a década de 1990, expressando com clareza a importância e o volume do serviço de assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 1995; MOURA, 1997).

O Brasil é o quinto país latino-americano onde o CMM decorre de complicações ligadas à gestação, parto e puerpério. Quando se fala de saúde da mulher, fala-se nas condições de mulher, mãe e trabalhadora, tornando-se relevante conhecer a inserção das mulheres no contexto nacional (SILVA, 1992; MOURA, 1997).

No aspecto demográfico, o componente feminino na População Economicamente Ativa (PEA) brasileira cresceu de 29% (1976) para 33% (1984). Dos 146 milhões de brasileiros estimados para 1990, cerca de 66,3 milhões são mulheres, correspondendo a 50,4% da população brasileira, com uma expectativa de vida de 65,3 anos. Apesar de ser maioria absoluta, a presença feminina no contingente demográfico é diferenciada por faixa etária, sendo maior nos intervalos de 15 a 49 anos (idade reprodutiva) e nos de mais de 50 anos (MOURA, 1997).

---

<sup>11</sup> Coeficiente de Morte Materna é considerado em todo o mundo como indicador mais eficiente para mostrar nível de saúde de uma população.

Quadro 3: Classificação do Coeficiente de Mortalidade Materna.

CANADÁ	JAPÃO	DINAMARCA	EUA	BRASIL	ARGENTINA
4,7/100 mil por Nascidos Vivos	6,9/100 mil por Nascidos Vivos	7,4/100 mil por Nascidos Vivos	7,8/100 mil por Nascidos Vivos	114,2/100 mil por Nascidos Vivos	40,9/100 mil por Nascidos Vivos

CLASSIFICAÇÃO OMS	CMM
Muito Baixo	20 por 100 mil NV
Médio	20 a 49 por 100 mil NV
<b>Alto</b>	<b>50 a 149 por 100 mil NV</b>
Muito Alto	150 por 100 mil NV

Fonte: BRASIL, 1995.

A existência de uma proporção substancial de famílias chefiadas por mulheres é marcante em 1980, porém com menos privilégios que os homens (IBGE, 1960; 1983; 1993; FORMIGA, 1999; HEILLESHEIM *et al.*, 2009).

Concomitantemente, a taxa de fecundidade no país caiu de 5,76 filhos (1970) para 3,53 (1984) (NV por mulher em idade reprodutiva) em virtude de três fatores decisivos: aumento das taxas de urbanização (72%); mudanças de *habitus* oriundas do processo de urbanização, com destaque para o aumento da escolaridade e a inserção da mulher no mercado de trabalho; e o terceiro e último fator é a esterilização em larga escala e a difusão dos meios anticoncepcionais, sendo, até meados dos anos 1980, o mais forte e direto fator responsável pela queda dos níveis de fecundidade no Brasil (SILVA, 2000; IBGE, 1980; 1993).

A situação do estado do ES no período deste estudo não difere muito do contexto nacional. Vitória, capital do estado, se enquadra perfeitamente na realidade brasileira com uma expansão demográfica decorrente das transformações econômicas após meados do século XX, caracterizadas por um acelerado crescimento industrial e um declínio agrícola, marcado pelos movimentos migratórios campo-cidade (NADER, 2001).

De acordo com Nader (2001), o percentual de migrantes na população de Vitória, em 1970, era de 44,6%, aumentando consideravelmente em 1980 (58,5%), quando migrou para Vitória, por estação rodoviária, uma média de 15 mil pessoas por ano. Esse fluxo manteve-se contínuo até 1990. Para Coelho (2007), tal situação desencadeou problemas como: explosão populacional, carência de infraestrutura da rede de saneamento e de serviços de saúde, além de poluição ambiental e marginalidade social.

A economia do estado passou a se estruturar, sobretudo, por meio da industrialização calcada na implantação de grandes projetos produtivos voltados para exportação, onde se destacavam os investimentos realizados pela Companhia Vale do Rio Doce (CVRD), Companhia Siderúrgica de Tubarão (CST), Aracruz Celulose e Samarco Mineração (COELHO, 2007).

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população recenseada em 1970 no estado, era de 1.617.857 habitantes e, em 1980, a população residente no estado era de 2.023.340 habitantes, sendo considerado em termos relativos o crescimento mais elevado da região Sudeste. Vitória concentrava 46,45% da população total do estado. Vale destacar que a população era majoritariamente composta por mulheres (53%) (NADER, 2001; COELHO, 2007; IBGE, 1983; 1993).

É dentro desse contexto, no qual a mulher vem desenvolvendo meios de sobrevivência em função de suas condições concretas de vida, que se deve avaliar a sua situação de saúde. Citando Heillesheim *et al.* (2009, p. 2), “poucas coisas podem ser ditas sobre as mulheres, entre as quais destacamos: elas existem; são diferentes dos homens e são mães”, ou seja, são mais que mães, colo e gestação, fundamentando a necessidade de políticas públicas específicas.

Cerca de 515.000 mulheres morreram por ano no mundo, de complicações durante a gravidez e o parto, no decorrer do século XX (OMS, 1996; NETO; CARVALHO, 2011). Estudos refletem problemas nessa mensuração, podendo o CMM ser bem maior do que o oficialmente registrado, em virtude de subnotificações dos casos oficialmente registrados. Diante dessa magnitude, a saúde da mulher vem recebendo atenção crescente no cenário mundial e nacional, sendo tema central de importantes conferências internacionais no decorrer do século XX e chegando aos anos 2000 como uma das metas do Desenvolvimento do Milênio para a Redução da Mortalidade Materna (NETO; CARVALHO, 2011). A abrangência e a transversalidade dos problemas sociais vividos pelas mulheres fazem com que a questão feminina deva ser vista como plural no conjunto das necessidades mais amplas e imediatas do contexto social brasileiro.

### 3.1.2 Contexto político-social e a Política de Saúde da Mulher

Para melhor compreender uma área de conhecimento, se faz necessário entender a sua origem e ontologia, trajetória e perspectivas. A política pública, enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica, é um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas, produzindo efeitos específicos que influenciarão a vida dos cidadãos. Correspondem a direitos assegurados constitucionalmente ou que se afirmam graças ao reconhecimento por parte da sociedade.

A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que o governo democrático traduz seus propósitos por iniciativas dos poderes executivos ou legislativos a partir da demanda e das propostas da sociedade. A participação da sociedade na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, a partir da década de 1970, é garantida no crescente debate da Reforma Sanitária, com um resultado inovador que até os dias de hoje é assegurado na própria lei que as institui, uma vez que afeta profundamente a vida cotidiana de cada indivíduo na sociedade (OSIS, 1994).

Assim é o caso da educação e da saúde no Brasil, sendo direitos universais de todos os brasileiros, instituídos pela Constituição Federal Brasileira de 1988, onde a sociedade participa ativamente mediante os conselhos em nível municipal, estadual e nacional (SOUZA, 2006).

A saúde pública no Brasil apresenta um panorama que acompanha as mudanças sociais e econômicas de cada período. Historicamente, a população foi mantida à margem das discussões em torno das políticas públicas, marcadas por interesses muitas vezes distantes das necessidades da população.

No Brasil, a questão da educação e da saúde vem se alterando a partir da relação Estado/sociedade, sendo que a intervenção do Estado só ocorre no século XX a partir de 1930, com as políticas públicas de saúde subordinadas aos interesses econômicos e políticos, implantadas através de práticas assistencialistas e clientelistas, conservando, assim, o caráter fragmentário, setorial e emergencial, sem incorporar o reconhecimento dos direitos sociais em uma sociedade heterogênea com situação de grande pobreza (OSIS, 1998; LUZ, 1991).

Segundo Tyrrel e Carvalho (1995), no contexto do milagre econômico, em fase de ditadura militar, estabeleceu-se uma nova política de saúde, reorganizando as características do sanitarismo campanhista quanto ao modelo curativo da atenção médica previdenciária da Era Vargas (1930 - 1945). Tal política primava pela centralização e pela concentração do

poder institucional, consolidado em uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população. A insatisfação popular em relação às políticas de saúde estimula a emergência de conflitos e organização de movimentos sociais comunitários, exigindo soluções para os problemas do modelo de saúde do regime autoritário.

No ano de 1960, as transformações na vida política, social e econômica do país refletiram, a princípio, nos programas de saúde e, no final da década de 1960 e início de 1970, os esforços deram ênfase também à formação dos recursos humanos e à capacitação da mão de obra (MARTINS, 2009). Nesse período, ocorreu uma intensa mobilização de docentes, pesquisadores e do movimento estudantil, com debates e manifestações nas ruas visando a reforma no sistema universitário.

O governo, na tentativa de impedir as mobilizações, propõe um Grupo Técnico (GT), em 1968, para estudar a RU brasileira. O relatório do GT foi um dos documentos mais importantes sobre a institucionalização do ensino superior, criando condições necessárias para a expansão do Sistema Público Federal de Ensino Superior Brasileiro, através da RU (BRASIL, 1968; FAVERO, 2006).

Vale ressaltar que uma das preocupações da RU era que o sistema educacional preparasse a força de trabalho para o sistema produtivo da época. Assim a RU principiava a integração da teoria com a prática, mudando o perfil acadêmico brasileiro, transformando as universidades públicas em campo de produção científica e tecnológica, consagrando uma concepção de universidade calcada na produção de conhecimento com grande repercussão para a educação e para a sociedade até os dias de hoje.

Para Luz (1991) os movimentos sociais agregaram segmentos heterogêneos da população urbana, essencialmente não institucionais, como caminho encontrado pelas classes populares para ocuparem espaços de representação política diante do Estado e das classes dominantes, transformando as necessidades e carências populares em direitos, redefinindo o espaço de cidadania. Assim, a educação e a saúde atingem a dimensão política, ultrapassando o mero caráter técnico para obter maior participação popular.

Nesse contexto, a saúde pública é reconhecida como um esforço organizado da comunidade, por intermédio do governo ou das instituições, para promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas e da população, por meio de ações individuais e coletivas. As políticas públicas deveriam se constituir por quatro instrumentos encadeados de forma integrada e lógica: planejamento, execução, monitoramento e avaliação, através de quatro pilares: planos para estabelecerem as diretrizes, prioridades e objetivos gerais a serem alcançados por um longo período; programas, responsáveis pelos objetivos gerais e

específicos focados em determinado tema, público ou área geográfica; ações, que visavam alcançar determinado objetivo estabelecido pelo Programa; e atividades para dar concretude à ação (TEIXEIRA, 2002; REIS *et al.*, SD).

Assim, trago aqui a trajetória de iniciativas que marca o longo caminho de construção das políticas e programas em prol da conquista da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Nessa linha do tempo, deixamos de lado outros marcos importantes, por priorizar os fatos que mais se relacionavam com a temática em questão.

Vale ressaltar que, até 1930, os trabalhadores contavam com benefícios da previdência, oferecidos por empresas ou pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), criadas pela Lei Eloy Chaves, em 1923, sem garantir a real necessidade de saúde aos trabalhadores. Essa situação somente se altera em 1932, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), uma resposta do governo às lutas e reivindicações dos trabalhadores, permanecendo como modelo médico assistencialista privatista até a década de 1960 (LUZ, 1991).

Em 1963, a II Conferência Nacional de Saúde (CNS) põe em pauta e defende a municipalização, sugerindo reforma no modelo de atenção. O INPS, criado em 1965, concretizava o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista, com grande participação do serviço assistencial do setor privado (MENDES, 2001; LUZ, 1991).

Na década de 1970, a política de saúde encontrava-se totalmente polarizada entre ações de caráter coletivo a cargo do Ministério da Saúde e a assistência individual centrada no INPS. Iniciou-se, em 1972, a abrangência previdenciária, na qual domésticas e trabalhadores rurais ganharam cobertura da assistência médica no sistema de saúde, estendendo esse direito aos trabalhadores autônomos um ano depois. Ainda nessa década, eclode a insatisfação popular contra as más condições de saúde da população. A Lei n.6.229 de 1975 institucionalizou o modelo assistencial privatista, separando as ações de saúde pública das de atenção à saúde (SILVA, 1983).

Ainda no ano de 1975, evidencia-se uma preocupação com a formação de recursos humanos para saúde na V CNS, destacando uma preocupação com o número e a qualidade de profissionais, em especial médicos e enfermeiros obstetras. O relatório da V CNS enfatiza o predomínio de leitos hospitalares privados e o pouco quantitativo de recursos humanos para atender as 216 maternidades no país nos anos de 1970. Neste contexto, o Ministério da Saúde planeja aumentar a cobertura de assistência médico sanitária ao grupo materno infantil, a fim de elevar o nível de saúde da população (ESPÍRITO SANTO, 1982).

Após extinção do DNCR, em 1969, cria-se a Coordenação de Proteção Materno Infantil (CPMI), vinculada à Secretaria de Assistência Médica, conforme Decreto n. 66.623, de 22 de maio de 1970 (BRASIL, 2011).

Com o propósito de contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil, cria-se em 1975 o PSMI, oriundo da Política Nacional de Saúde da Mulher, com as primeiras ações para atenção à saúde da mulher e da criança, construído em um panorama histórico de conjuntura político-militar, com abordagem verticalizada e reducionista, caracterizado por uma ênfase pró-natalista com ações para o ciclo gravídico puerperal (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009). Em 1976, a Coordenação Materno-Infantil passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) e se tornou o órgão responsável, em âmbito central, pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente (BRASIL, 2011).

No final dos anos 1970, emerge o feminismo no Brasil. Esse movimento traz à tona debates envolvendo problemas relativos à ditadura militar e problemas específicos das mulheres, em que buscavam novas maneiras de se inserir na vida social. Na região Sudeste, criou-se no Rio de Janeiro a Organização Feminista do Centro de Mulher Brasileira e, em São Paulo, promoveu-se um encontro para Diagnóstico da Mulher Paulista, além da organização do movimento feminista pela Anistia. Nesse mesmo recorte, na década de 1970, o Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançaram a primeira experiência de AC para reduzir a taxa de desmame precoce e com o propósito de melhorar as condições de relacionamento entre mães e filhos desde os primeiros momentos do pós-parto (SOUZA, 2006; SILVA, 1988).

Vale ressaltar que 1975 é o ano reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como Ano Internacional da Mulher, que define a data de oito de março para comemorar os feitos econômicos, políticos e sociais alcançados pela mulher e fazer uma reflexão dos avanços que ainda seriam necessários. Como marco final desta década, destaco a criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) e, com ele, o INAMPS, que passa a ser o órgão governamental prestador da assistência médica, em 1977. (OSIS, 1994; 1998).

Ainda na década de 1970 foi realizada, em Alma-Ata, no Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978). Na oportunidade se formulou a Declaração de Alma-Ata, expressando a necessidade de ação urgente para proporcionar um nível de saúde melhor para todos, independentemente das origens sociais e econômicas. Essa declaração marcou o início de um novo paradigma para a saúde coletiva através da meta

“saúde para todos no ano 2000”, redirecionando os sistemas de saúde no mundo (SILVA, 1983; MENDES, 2001).

O esgotamento do modelo privatista foi determinado na década de 1980 com o surgimento de novos atores e movimentos sociais em todo o país, propondo a Reforma Sanitária, o que culminou com a criação do Sistema Único da Saúde (SUS), cuja proposta se sustentava na universalidade da atenção à saúde. No plano estratégico, a intervenção social do governo materializou-se por meio de programas emergenciais, voltados para o combate à fome, ao desemprego e à miséria (MENDES, 2001).

Destaca-se em 1981 a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), com objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida das crianças brasileiras. O programa tinha como ações: o estímulo a pesquisa, seminários e encontros sobre AM, capacitação dos profissionais de saúde, inclusão dos benefícios do AM nos currículos do primeiro grau, implantação do AC nos hospitais, discussão de leis de proteção dos direitos da mulher durante a gravidez e lactação. Esse programa intensificou a constatação do papel dificultador dos serviços de saúde sobre a prática de amamentar. Evidenciou que a permanência do recém-nascido saudável em berçários prejudicava a amamentação (UNGERER; MIRANDA, 1999; PONTES; SANTOS, 2007).

Prioriza-se, por sua vez, a atenção primária através da rede ambulatorial enquanto porta de entrada do sistema de saúde, através da implantação do Programa de Assistência Integrada de Saúde (PAIS), em 1982. Este propõe, um ano depois, a integração e a descentralização dos serviços com expansão da cobertura assistencial, com a implantação da Assistência Integrada de Saúde (AIS) (BRASIL, 1982).

As transformações ocorridas no modelo de assistência expandiram-se para a atenção ao binômio mãe-filho, atendendo, em princípio, à necessidade de minimizar agravos à saúde da mulher e da criança, resultando na implantação de berçários sadios centralizados, separando mãe e filho durante a internação hospitalar. Os berçários contribuíram para a prevenção de doenças infectocontagiosas e diminuição dos índices de morbimortalidade do recém-nascido, mas falharam pela rigidez, pela rotina institucionalizada e pela padronização do horário de amamentação, deixando assim de considerar as necessidades individuais do recém-nascido. Com a finalidade de reaproximar a mãe de seu filho, criou-se, no Brasil, o AC, favorecendo a participação ativa dos pais nos cuidados com seus filhos (BRASIL, 2011).

O AC não era um sistema “novo” na concepção da palavra, pois a localização do recém-nascido junto à mãe sempre foi feita desde a mais remota antiguidade. No Brasil, até

meados de 1970, a prática de AC não era frequente, sendo sua primeira implantação no Hospital Distrital de Brasília, em 1971. Entretanto, sua prática só foi recomendada pelo Ministério da Saúde em 1977, após a 5ª Reunião de Perinatologia, e as normas básicas para sua implantação, regulamentadas em todo território nacional em 1993, pela Portaria nº. 1.016, do Ministério da Saúde (CAMPESTRINI, 1982; SILVA, 2003).

O termo “Alojamento Conjunto” deriva do modelo americano “*Rooming-in*”, inicialmente utilizado em 1943, referindo-se a um ambiente especial do hospital, onde o recém-nascido é colocado no berço ao lado de sua mãe. A enfermeira brasileira Luiza Harunari define, em 1977, o conceito brasileiro de “Alojamento Conjunto” em sua dissertação de mestrado:

Alojamento Conjunto é um sistema que consiste em colocar o recém-nascido no seu berço, ao lado da mãe, logo após o parto ou algumas horas depois; durante toda a estada de ambos na maternidade, com a finalidade de obter uma interação mais íntima da mãe com o filho. Neste sistema, ambos são assistidos por equipe multiprofissional (HARUNARI, 1977).

O I Encontro sobre Alojamento Conjunto, no Brasil, data de 1982 e traz recomendações de seu alto teor educativo para a melhoria da saúde materna e infantil. Portanto, reformulando as práticas com uma assistência integrada e tornando-se um centro natural de educação (FREDERICO; FONSECA; NICODEMO, 2000; CAMPESTRINI, 1982). Segundo o Ministério da Saúde, o sistema de AC possibilitaria a prestação de todos os cuidados assistenciais à dupla mãe-filho bem como a orientação/educação à mulher para promoção de sua saúde e de seu filho. Os estudos evidenciaram também que o contato materno com seu filho estimulava a adaptação da mãe com o recém-nascido, favorecendo interações entre eles como um processo comunicativo e de apego (BRASIL, 1983; SALVADO *et al.*, 2015).

### 3.2 OS PROGRAMAS DE SAÚDE MATERNO INFANTIL, O HOSPITAL DAS CLÍNICAS E SEUS DESDOBRAMENTOS

Com a abertura política, a sociedade civil organizada ocupou as ruas em 1983 para pedir novas políticas sociais que pudessem assegurar os direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde; iniciando assim a construção de um novo projeto na área – o movimento da Reforma Sanitária, proposta inovadora que propunha a universalização do direito à saúde através de um sistema público que integrasse as ações curativas e preventivas (LUZ, 1991).

Assim, o governo federal, em articulação com representantes de grupos feministas, projeta políticas e propostas mais amplas, dirigidas à saúde da mulher. Nesse contexto, após evidências do PNIAM, quanto à prática de desmame nas maternidades através da separação mãe-filho, lança-se, em 1983, a resolução n° 18 do INAMPS, dirigida aos hospitais públicos e conveniados, na qual se estabelecia normas e tornava obrigatória a permanência do filho ao lado da mãe 24 horas por dia, através do sistema de AC (BRASIL, 1982).

Com o objetivo de melhorar a saúde materno-infantil, o Ministério da Saúde, por intermédio da DINSAMI, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), e no ano seguinte, o PAISMC deu lugar a dois programas específicos para saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: o PAISM e o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC). Ambos surgiram como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes deste grupo populacional, com foco no aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços (BRASIL, 1982; 2011).

Podemos afirmar que o que hoje é chamado de direitos reprodutivos se originou nos anos 1980 com a proposta de reorganização da atenção à saúde da mulher pelo PAISM, que incluía como um de seus princípios a integralidade da assistência. O tema da atenção integral ganha força em 1984, com o lançamento oficial do PAISM. Trata-se de um programa com bases de ação programática, pioneiro no cenário mundial, propondo atendimento à saúde reprodutiva no âmbito da atenção integral à saúde, e, assim, redimensionando o significado do corpo feminino no contexto social (BRASIL, 1985).

Desse modo, o conceito de assistência integral preconizado pelo programa envolvia a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo materno infantil, onde todo e qualquer contato que a mulher viesse a ter com os serviços de saúde fosse utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BRASIL, 1983; 1984; OSIS, 1994; 1998).

As diretrizes gerais do PAISM se pautavam na capacitação dos serviços de saúde para atender as necessidades da população feminina, com ênfase em patologias mais prevalentes nesse grupo. Estabelecia uma mudança de atitude da equipe de saúde, propondo uma prática de assistência educativa em face do conceito de integralidade do atendimento, de forma que a clientela se apropriasse dos conhecimentos necessários para o seu autocuidado e cuidado para com seus filhos. Nesse contexto, a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, desde os problemas presentes na adolescência até a terceira idade (BRASIL, 1985).

Mais adiante, nos anos de 1990, o termo integralidade surge no Capítulo II da Lei Orgânica da Saúde, sendo entendido como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1983; 1985).

O PAISM tem na sua formulação teórica a sua força, representando um modelo de política pública de saúde com responsabilidade técnico-normativa de traçar estratégias para melhoria da assistência sob a égide das secretarias estaduais e municipais de saúde. Os estabelecimentos de saúde relacionados à assistência à saúde da mulher, fossem eles públicos, privados ou de outra natureza, governamentais ou não, deveriam atuar nas diretrizes definidas no PAISM (BRASIL, 1985; TYRRELL; CARVALHO, 1995).

O programa contemplava, em suas linhas de ação, um modelo assistencial no qual abordava a saúde da mulher e da criança de maneira global e em todas as fases de seu ciclo vital. As atividades constituíam um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnose, tratamento e/ou recuperação da saúde da população feminina e infantil. A incorporação de conteúdos educativos, na assistência obstétrica, compreende o pré-natal, parto e puerpério, AM e intercorrências obstétricas; e a vigilância epidemiológica da morte era obrigatória na assistência integral (FORMIGA, 1999).

Como afirmam Xavier, Ávila e Correia, (1980), a assistência integral “não se trata apenas em assistir as mulheres como seres inteiros, mas de estabelecer uma relação inteira entre elas e os profissionais”. O PAISM propõe romper com o modelo focalizado na mulher reprodutiva, proposto pelo PSMI, e se pauta nas novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e usuárias, baseado no respeito mútuo (BRASIL, 1985).

Como citado anteriormente, um aspecto presente na proposta do PAISM consistia na presença da prática educativa como parte das ações em saúde, objetivando a aprendizagem, e proporcionando às mulheres a apropriação de seus corpos e controle de sua saúde. Pautado nas diretrizes do programa, publicou-se, em 1985, o Programa de Reorientação da Assistência Obstétrica e Pediátrica com as normas básicas do sistema de AC. Estas normas deveriam passar a ser observadas nas unidades médicas assistenciais próprias, contratadas e conveniadas do INAMPS. Assim, a norma evidenciava que o sistema de AC permitia “à equipe multiprofissional realizar o cuidado direto, o controle do ambiente e a articulação com outros setores, possibilitando a prevenção de infecções e contribuindo para a saúde do binômio mãe-filho” (BRASIL, 1982).

Esse tipo de permanência oferece condições para que as equipes de profissionais da saúde pudessem orientar e apoiar as mães por meio de demonstrações práticas dos cuidados

indispensáveis ao recém-nascido e a si própria (BRASIL, 1983; 1984). Vale destacar que, até a década de 1990, mais de 64% dos hospitais brasileiros não cumpriam essa norma integralmente. O HC da UFES, na década de 1970 a 1980, mantinha o tradicional berçário sadio, onde a transferência do recém-nascido do berçário para o AC ocorria após seis horas de vida, dependendo da condição clínica materna para recebê-lo e, desse modo, perpetuava um modelo de assistência desatenciosa e descompromissada com a mulher e seu filho.

Na perspectiva histórica, é possível contextualizar o panorama do HC para atender as mudanças exigidas à nível nacional. Segundo Redins (2011), no período de 1968, o hospital foi reconhecido como Hospital Escola, e foi utilizado até meados dos anos de 1980, exclusivamente como um campo de treinamento técnico do curso de medicina, sem nenhum vínculo com o sistema de saúde (RIOS, 2009; BORGGO, 2014; KLIPPEL *et al.*, 2014).

Em seus primeiros anos como Hospital Escola, essa instituição possuía apenas um espaço físico denominado triagem, com capacidade para atender a demanda dos ambulatórios de Clínica Médica, de Clínica Cirúrgica, de Ginecologia e Obstetrícia e de Otorrinolaringológico, garantindo atendimento à população pelos alunos do Curso de Medicina, na prática dos ensinamentos teóricos de sala de aula<sup>12</sup>.

A partir dos anos de 1970, com a expansão de cursos e a criação de convênios junto ao INPS, ao Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e à Prefeitura Municipal de Vitória, emergiu uma demanda nos atendimentos da região, com um significativo aumento nas internações hospitalares, gerando necessidade de adequação e ampliação do espaço físico do hospital<sup>13</sup>.

Nos anos de 1980, o HC é marcado por grande crise financeira e de recursos humano, agravadas com o término do convênio firmado entre a Santa Casa de Misericórdia e o próprio Hospital (KLIPPEL *et al.*, 2014). A Santa Casa de Misericórdia empregava 235 funcionários do total de 842 servidores do HC. Com o término do convênio, o hospital não pôde contratar pessoal por determinação do governo federal, levando à redução de 100 leitos para internação. A crise de recursos humanos afetou a maternidade reduzindo de 56 para 35 a quantidade de leitos disponíveis para esse fim, refletindo-se em mais um aspecto dificultador para a implantação dos programas de saúde materno infantil (KLIPPEL *et al.*, 2014).

Como consequência do cenário nacional, a década de 1980 foi bastante difícil para todos os Hospitais Universitários do país, em destaque o HC, no ES, que enfrentou graves

---

<sup>12</sup>HUCAM, Relatório, jan-jul 1968.

<sup>13</sup>HUCAM, Relatório Estatístico, 1975.

crises financeiras e significativo número de greves de servidores e docentes, totalizando seis greves durante a década, praticamente uma por ano<sup>14</sup>.

Na tentativa de manter recursos humano, o reitor Romulo Augusto Penina determinou o regime de 40 horas semanais no final da década de 1980. Esta medida contribuiu para a deflagração de um período de grandes lutas e uma greve dos servidores que durou 70 dias. A reivindicação principal era a manutenção de 30 horas semanais de trabalho. Vale ressaltar que a jornada de 30 horas vigorava desde 1982, sendo considerada ilegal na gestão do referido reitor<sup>15</sup>. A jornada de 8 horas diárias foi determinada pelos Conselhos Superiores da UFES: Conselho Universitário (CONSUN) e Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão, causando muita polêmica, pois os servidores se recusaram a cumprir. Em uma entrevista prévia para melhor problematização do objeto de estudo, me foi mencionado que os funcionários do HC resistiram ao cumprimento das 8 horas de jornada exigida pela direção do hospital. Apesar da determinação, cerca de 400 funcionários de enfermagem cumpriam uma jornada de 30 horas semanais, ignorando a escala de 40 horas expedida pelas chefias de setores de enfermagem. A depoente relatou que:

houve terrorismo e pressão para o cumprimento das 40 horas semanais, culminando com o afastamento de cinco chefias de serviço de enfermagem que se recusaram a elaborar escalas de serviço da enfermagem com 8 horas diárias (C5).

As informações obtidas preliminarmente informam que a Coordenação do Serviço de Enfermagem teria ficado a cargo do diretor do Departamento de Apoio Técnico e Administrativo. Em 21 de junho de 1990, os 400 profissionais de enfermagem do HC passaram a cumprir o regime de trabalho de 8 horas diárias, sendo a última categoria a acatar a determinação dos Conselhos Superiores da UFES, após readmissão dos enfermeiros afastados. No entanto, segundo a participante da pesquisa, poucos dias após, em 29 de junho de 1990, ocorre que “a categoria conquista o direito às 30 horas semanais” (C5).

Esse benefício foi conquistado através da ação trabalhista, exarada por uma liminar concedida pelo juiz da Primeira Junta de Conciliação e Julgamento<sup>16</sup>. O HC reduziu em aproximadamente 40% a sua capacidade de atendimento, em função do término do convênio firmado entre a UFES e o MEC, e a redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais,

---

<sup>14</sup>Acervo iconográfico do arquivo público do Jornal a Gazeta em 27/01/89.

<sup>15</sup>Acervo iconográfico do arquivo público Jornal a Gazeta em 11/01/89.

<sup>16</sup>Acervo iconográfico do arquivo público Jornal a Gazeta em 27/01/89.

<sup>17</sup>Idem.

pois tais fatos geraram *déficit* de pessoal de 25%, impactando na desativação de setores, dentre eles a pediatria e na diminuição do atendimento de ginecologia e obstetrícia.

Apesar da grande ênfase dada ao binômio mãe-filho pelas políticas públicas de saúde, os objetivos dos programas ainda estavam longe de serem alcançados, em função do quantitativo de recursos humano e da qualidade destes profissionais. Faz-se pertinente retratar esse contexto histórico para compreender o quantitativo de profissionais de enfermagem existentes no HC e preparados para assistir o binômio mãe-filho.

Destacamos que essa linha do tempo não se esgota, onde outros marcos poderiam ter sido contemplados, mas optamos pelo resgate histórico de políticas públicas, em especial as de saúde que influenciaram diretamente no modelo de assistência à mulher e à criança, no recorte temporal deste estudo. A partir desse recorte, passa-se a trabalhar com um novo conceito de saúde, não mais reducionista, não devendo mais a saúde ser tida como um fenômeno isolado e que, para compreendê-la, era preciso definir os seus contornos nos contextos socioeconômico e cultural.

Podemos constatar que o sistema público de saúde, ao longo do tempo, tem assumido o desafio de assistir de maneira global e indistintamente a todos na busca da qualidade, apesar do grande número de pessoas vivendo em condições de pobreza e excluídas do acesso aos bens e serviços essenciais. Vários são os interesses envolvidos, gerando constante conflito para se garantir a “saúde como um direito de todos e dever do Estado”.

### 3.3 SAÚDE DA MULHER: POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES

Podemos perceber que a política pública de saúde no Brasil deixava de ser baseada simplesmente na assistência médica de direito à saúde e passava por inúmeros conflitos e interesses econômico-corporativos, que sempre estiveram presentes em nossa sociedade. As mudanças econômicas e sociais ocorridas produziram profundas modificações na vida das mulheres, com o crescimento da participação feminina na economia brasileira e a inserção da mulher no mercado de trabalho. A necessidade de debates em torno dos direitos das mulheres tornou-se realidade no Brasil a partir de 1975, com um encontro histórico sobre o tema mulher na reunião anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), com a finalidade de se obter transformações nas políticas públicas de saúde, em especial para a saúde da mulher (DEL PRIORE, 2013).

O PSMI foi amplamente utilizado nos serviços de saúde pública, desde a década de 1970 até meados da década de 1980, como resposta do governo aos problemas sanitários.

Apesar de uma preocupação com as condições de vida da mulher desde o século XIX, podemos constatar, no ocidente, uma preocupação maior a partir de meados do século XX, com a implantação, em 1983, do PAISM (DEL PRIORE, 2009; TYRREL; CARVALHO 1995; OSIS, 1998).

Nesse contexto, podemos distinguir dois momentos no campo da saúde da mulher: antes e depois do PAISM. O PSMI (1975), construído em um contexto histórico de conjuntura política de domínio de militares, caracterizava-se por alcance limitado, pois era dirigido, principalmente, à melhoria da assistência pré-natal, negligenciando medidas como a continuidade da assistência até o parto e a garantia de assistência hospitalar qualificada. Já o PAISM foi discutido e formulado em 1983, porém implantado no período de transição democrática (1984), fruto de negociação com o movimento de mulheres, cuja concepção era a integralidade da assistência (TYRREL; CARVALHO 1995; OSIS, 1998).

O PAISM apresentou enfoque diferente do PSMI, com o objetivo de contribuir para a redução da morbimortalidade do grupo materno infantil. Nesse sentido, a atenção específica se dirigia aos períodos da gravidez, do parto e do pós-parto, onde o objeto central não era mais apenas a saúde da criança ao nascer e sim a mulher em sua totalidade.

O período deste estudo é marcado por uma série de reivindicações femininas: direito à procriação, à sexualidade e à saúde; ao planejamento familiar; à descriminação do aborto; e à democratização da educação para a saúde e outras medidas, crescendo, assim, o interesse pelo tema saúde da mulher no país. Nesse processo de democratização e reabertura política, os movimentos sociais, particularmente os de mulheres, tiveram um papel decisivo na construção da agenda de reforma do acesso aos serviços de saúde e da melhoria da condição de vida. O movimento de mulheres denunciava a desigualdade presente entre homens e mulheres, incluindo na agenda pública, a questão de gênero (TYRREL; CARVALHO, 1995).

Um novo pensar e agir sobre a questão da mulher, a partir da interlocução entre representantes do movimento de mulheres e profissionais de saúde, consolidou uma parceria com o Ministério da Saúde para a elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem a elas o respeito a seus direitos de cidadãs, resultando em uma proposta concreta do governo como resposta às reivindicações: o PAISM (OSIS, 1998).

Esse programa, então, passa a integrar a agenda de prioridades do Ministério da Saúde com início em 1984. Nessa condição, são distribuídos às secretarias estaduais os documentos técnicos que norteariam as ações básicas de assistência integral à saúde da mulher. Vale ressaltar que o programa não contemplava a sexualidade na adolescência nem a mulher na

terceira idade. Para apropriação das ações, foram preconizadas capacitações profissionais, com novas práticas educativas em saúde da mulher (OSIS, 1998).

De acordo com Osis (1998), o PAISM trouxe à tona a importância de ações educativas em saúde, e assinalou que a gestante constitui o foco principal do processo de aprendizagem, não se esquecendo do companheiro e dos familiares; e enfatizou a importância de qualificação da equipe para desenvolver uma ação integral de saúde. O conhecimento foi colocado a serviço do bem-estar da mulher e da criança.

Considerando essa ideia de “atenção integral/integralidade” das políticas públicas de saúde, podemos situar o termo em relação ao PAISM, uma vez que remete a uma relação do programa com as reivindicações do movimento de mulheres, sendo um campo de possibilidade para enunciar um atendimento integral como modo de operacionalizar saúde. Dessa maneira, faz-se necessário situar a palavra ‘integralidade’ na tentativa de descrever possibilidades de seu acontecimento. De acordo com Carvalho e Paes, integralidade é

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que contribui consideravelmente para a reforma do sistema de saúde brasileiro, considerando uma visão ampliada do cuidado e algumas especificidades no que se refere às práticas profissionais e à organização dos serviços (CARVALHO; PAES, 2014, p.133).

Segundo Carvalho e Paes (2014), o conceito de integralidade é complexo e multidimensional, com grandes desafios para sua operacionalização, tendo em sua diretriz o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

No que se refere às mulheres que vivenciaram o processo da maternidade, é fundamental uma abordagem visando a integralidade do cuidado e a promoção da saúde no sentido de evitar complicações ao longo do trabalho de parto e pós-parto. Compreender e respeitar a mulher como sujeito e a maternidade como natural é essencial para uma reflexão à respeito do excesso de medicalização do parto, mas torna-se prejudicial quando se é ignorado no pós-parto o sujeito mulher-mãe em toda a sua plenitude.

Segundo Marcello (2004), o dispositivo para maternidade se alicerça em três eixos: saber, poder e produção de modos de subjetivação, em que se faz necessária a participação profissional no preparo dessa função materna. Segundo as diretrizes do PAISM, as práticas educativas deveriam permear todas as ações do pós-parto, assegurando apropriação do conhecimento necessária à clientela (OSIS, 1998).

Nessa perspectiva, podemos compreender a atenção integral como um cuidado que enfatiza aspectos para além do físico-biológico da vida das mulheres, rompendo com a visão tradicional que centrava o atendimento nas questões reprodutivas através de uma supremacia do discurso médico, que prioriza as questões fisiológicas e universais. Para Heillesheim *et al.* (2009), a vida já começa a ser governada desde antes do nascimento, onde o corpo feminino é colocado dentro de rotinas, ditando regras que a mulher deve assumir no momento do parto e no pós-parto.

A saúde da mulher serve para esquadrihar o campo da saúde e torná-lo um campo de especialidades, criando múltiplas formas de objetivação com ações direcionadas a determinados grupos diferenciados. Ver a mulher como sujeito significa entender qual o seu papel na sociedade e compreender o que determina seu espaço e modelo de cuidado.

Para Lopes, Meyer e Waldow (1986), a saúde das mulheres é um elemento potencial que transcende classe social e raça, não podendo ser reduzida a uma categoria exclusivamente biológica; as mulheres necessitam de uma atenção específica, por sua inserção no mercado de trabalho e pelas dificuldades enfrentadas no âmbito das relações de poder em uma sociedade de valores machistas e preconceituosos. A complexidade crescente das exigências e inúmeras atribuições que são impostas às mulheres pela sociedade as deixam vulneráveis e cada vez mais ameaçadas pelas agressões e desgastes ocasionados pelo seu cotidiano.

Na verdade, a situação da saúde da mulher necessitava de soluções governamentais, uma vez que

As mulheres ainda se relacionam com a saúde de forma estreita, como: trabalhadora, consumidora, produtora, constituindo-se também objeto central na planificação das políticas de saúde. Como mãe, são responsáveis pela saúde dos filhos e dos membros da família, administrando a alimentação, cuidando da higiene e tratando dos enfermos (SILVA, 1988, p.1).

A crise na saúde feminina, na década de 1980, agravou-se ainda pelas condições socioeconômicas, não conseguindo suprir as necessidades no sentido de prevenção ou recuperação da saúde. A realidade brasileira apresentava indicadores sociais preocupantes que deviam ser analisados concomitantemente com os problemas específicos ligados à gravidez e o parto.

De acordo com Moura (1997, p. 51), a mulher é geradora da vida, sujeito de direitos e, por isto, nela deve se concentrar o foco de atenção à saúde durante toda a sua vida. Cabe considerá-la alvo de maior atenção política de assistência à saúde, devido às suas importantes

funções na família e na sociedade, uma vez que cada óbito materno desencadeia desequilíbrios sociais, por ser um elemento chave do núcleo familiar.

Nessa nova configuração do programa de saúde da mulher, eram evidentes os avanços conquistados em termos de direitos civis e da saúde perante políticas públicas. No entanto, não podemos dizer o mesmo quando se trata das práticas profissionais no interior dos hospitais e maternidades que, há tempos, atendiam essa clientela, ainda de forma fragmentada. Podemos constatar que a saúde da mulher é um tema complexo que envolve mudanças na forma de cuidado, com abordagem individual, respeitando as singularidades femininas para alcançar a tão desejada saúde integral.

Considerar a mulher de maneira holística envolve concepções macro e micro-políticas dos gestores do cuidado. Faz-se necessário perceber a mulher como possuidora de direitos, desconstruindo conceitos e imagens que as minimizam durante a assistência prestada, transformando a relação de cuidar em um espaço de exercício da cidadania.

O enfermeiro é um dos profissionais instrumentalizados para ofertar esse cuidado integral, uma vez que sua formação profissional é alicerçada em teorias humanísticas e o cuidado é seu objeto de estudo. Segundo Espírito Santo (1982), com a evolução do ensino superior e a fixação do currículo mínimo para o Curso de Graduação em Enfermagem, através do parecer nº. 163/72, a enfermagem passava a ser formada com habilitação em obstetrícia, com funções assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisa. Vindo ao encontro do preconizado por Campestrine (1982), que classificou as funções do enfermeiro no sistema de AC como: função docente – dirigida à equipe de enfermagem, a estudantes e a clientes e familiares, com objetivo de informar o que é o sistema de AC e suas vantagens, bem como orientar as clientes de forma individual ou coletiva quanto às principais características físicas do recém-nascido, as suas principais necessidades e como satisfazê-las; função assistencial – dirigida à mulher e à criança, observando seus sinais de vitalidade e realizando cuidados satisfatórios para que os pais possam assistir seus filhos com conhecimento minucioso das possíveis alterações fisiológicas da criança; função administrativa – dirigida à organização e gerenciamento do serviço nas quais se responsabiliza pela passagem de plantão, visitas no leito com equipe médica, encaminhamento de material laboratorial, solicitação de resultados de exames, preparo de alta hospitalar e agendamento de retorno para a obstetrícia e puericultura; e função de investigação – visando verificar se toda a equipe transmite a mesma informação, avaliar técnicas desenvolvidas, colaborar na evolução do programa, avaliar resultados e averiguar necessidades de treinamentos.

Cada mulher representava um novo desafio, pois as suas necessidades individuais deveriam ser identificadas e atendidas pelo enfermeiro da área materno infantil, e suas necessidades físicas, mentais e sociais deviam ser consideradas, pois constituíam áreas interdependentes e exerciam influência sobre a saúde e a doença da mulher. As mulheres necessitavam de auxílios para o atendimento das suas necessidades básicas e para iniciar a relação com o filho. Necessitavam de ajuda para cuidar e estímulos para sentirem-se seguras no desempenho do papel materno.

Sentir-se ajudada representava segurança, tranquilidade e amparo. O parto medicinizou-se, masculinizou-se e hospitalizou-se, e o hospital tornou-se um lugar privilegiado para o parto, onde as mulheres de posses buscavam por clínicas ou maternidades, tornando o nascimento natural e domiciliar uma exceção na realidade feminina. A maternidade, segundo Badinter (1985), representava uma fonte de identidade para as mulheres, sendo um momento e um estado muito além do nascimento, durando toda a vida da mulher (BADINTER, 1985).

Posto em perspectiva histórica, constatamos que os programas de Saúde materno infantil formaram um movimento inicial que proporcionou um reordenamento de funções e ações com impacto positivo para mudanças na saúde pública e em especial na saúde da mulher. Os programas favoreceram no campo da saúde múltiplas formas de objetivação. Assim designou ações por grupos, tais como: crianças, adolescentes, gestantes, puérperas, índias, etc.

Podemos constatar que, apesar de todas as recomendações das políticas e programas de saúde na área da mulher, ainda existia inércia na realização das propostas governamentais, onde o hiato entre as normas/programas e as implantações das ações era destacada. Segundo Medeiros (2008), o tema saúde da mulher estava entrelaçado em diferentes campos de saber e influenciado por diversos discursos em um campo de significação. Vale destacar que, no campo do hospital, a problemática da saúde não se restringe ao foco biológico, sofrendo assim interferências éticas e políticas ao longo dos anos.

Nesse sentido, a atenção à saúde da mulher no Brasil se pautou por uma formação histórica imbricada de interesses políticos, econômicos/industriais e de corporativismo médico. Tratava-se de uma estratégia política e não de um benefício social, que necessitava vencer uma lógica dominante do mercantilismo do parto, da identidade cultural de gênero e da cultura da cesárea, a qual vai além do direito de escolha e de cidadania da mulher. Desse modo, fazia-se necessário o entendimento da questão de forma mais ampla, considerando as diversas necessidades da mulher. As intervenções precisavam ser repensadas através de um

novo paradigma do que é ser mulher e esse paradigma precisava redefinir o que é saúde, atenção e assistência em saúde a uma mulher no seu ciclo de vida a fim de superar a segmentação e fragmentação dos serviços, programas e práticas clínicas.

## 4 CAPÍTULO 2 - A ENFERMAGEM NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS

As políticas de atenção à saúde somente são efetivadas quando seus princípios são materializados, necessitando para tal a aderência dos profissionais de saúde, a fim de colocarem em prática os objetivos propostos em benefício dos usuários. Neste capítulo, teceremos considerações acerca da reinauguração da maternidade e a criação do Curso de Enfermagem da UFES, para atender às normas de organização e funcionamento do ensino superior, tendo como referência a Reforma Universitária de 1968.

### 4.1 O HOSPITAL DAS CLÍNICAS COMO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A IMPLANTAÇÃO DA MATERNIDADE (1968 A 1974)

A trajetória como instituição de saúde do HC, primeiro nome dado ao então Sanatório Getúlio Vargas em 1968, após convênio entre o Governo do Estado e a UFES para compor o Curso de Medicina no estado, foi marcada por transformações em sua estrutura organizacional e física, acompanhadas de sucessivas mudanças na maneira de cuidar, dentre as quais destacamos, neste estudo, o cuidado de enfermagem. Na transição de um sanatório para um hospital de ensino, o hospital oscilou em suas múltiplas funções, envolvendo desde o caráter asilar até as práticas de ensino em saúde, atendendo assim às duas políticas de Estado – educação e saúde (LIMA, 1998; RIOS, 2009; KLIPPEL, 2014).

O exame mais detalhado do relatório anual do HC, de 19 de julho de 1968, encaminhado pelo diretor do hospital, professor Nélio Faria Espíndula, ao magnífico reitor, professor Alaor de Queiroz Araújo, permite constatar a difícil situação que os dirigentes do Hospital tiveram que enfrentar para atender às mudanças exigidas naquele momento. Nesse mesmo relatório, registram-se as dificuldades e os desafios para transformar um hospital especializado no tratamento da tuberculose em um hospital de ensino.

Impunham-se modificações físicas importantes, para instalar novos leitos e manter os duzentos leitos da fisiologia obrigados pelo convênio<sup>17</sup>.

Sob o aspecto funcional, maiores foram as dificuldades... selecionando e reinsinando o pessoal com quem contava o ex-sanatório<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup>UFES, Relatório, jan-jun-1968, folha 1.

<sup>18</sup> Idem.

(...) instalações inéditas para o funcionamento dos Departamentos que iriam, pela primeira vez, se instalar no Hospital: Departamento de Clínica médica; Departamento de Cirurgia, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia e a Cadeira de Otorrinolaringologia<sup>19</sup>.

Tais registros vão ao encontro do que as participantes do estudo informaram quando entrevistadas, conforme se vê nos trechos seguintes.

Era um hospital que não tinha muito, tudo era muito precário e difícil. (C1).

A enfermeira Vera foi enfermeira do Sanatório Getúlio Vargas [primeiro nome do Hospital das Clínicas], quando eu cheguei aqui [em 1974] ela já havia saído, e só tinha a Ivete tentando organiza as coisas... tudo era muito difícil (C3).

Havia uma necessidade de se adaptar, urgentemente, um hospital estático, dedicado à tuberculose, em uma instituição dinâmica, com diferentes características, qual seja um hospital de ensino (C9).

Podemos refletir acerca da complexidade que envolve a administração de um hospital-escola. Diante das dificuldades relatadas, podemos concluir que as adaptações necessárias demandariam orçamento e planejamento para a execução das medidas fundamentais com vistas à adequação do hospital, considerando a nova condição à qual estava destinado, o que demandaria um período de tempo. No entanto, a direção contava com tempo bastante reduzido em função da proximidade do período letivo, obrigando-se à implantação e adequação rápida da equipe e das novas estruturas para atender ao Curso de Medicina da UFES<sup>20</sup>.

No relatório examinado, consta uma preocupação sob o aspecto funcional, além da estrutura física, no que se refere à qualidade de recursos humanos e às rotinas e técnicas institucionais, com as quais contava o hospital. Nesse aspecto, as disposições internalizadas nos agentes podem vir a dificultar a percepção da mudança necessária para o mundo social. Bourdieu (1987) utiliza o conceito de mundo social e capital cultural de forma bem abrangente, servindo para indicar todas as maneiras em que a cultura reflete ou atua sobre o campo e as condições de vida dos indivíduos. Descreve o mundo social “como um espaço multidimensional construído empiricamente pela identificação dos principais fatores de diferenciação que são responsáveis por diferenças observadas num dado universo social” (BOURDIEU, 1987, p. 4).

No ano de 1968, o Hospital contava em seu quadro de pessoal com duas enfermeiras:

<sup>19</sup> UFES, Relatório, jan-jun-1968, folha 2.

<sup>20</sup> UFES, Relatório, jan-jun-1968, folhas 8 e 9.

Vera Cruz Barbosa Viana (gestão 1951 a 1969), chefe da tisiologia; e a Ivete Alves dos Santos (gestão 1968 a 1974), chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital Escola da UFES.

Éramos uma quantidade pequena de pessoas para atender a todo mundo, enfermeiras eram só duas (C6).

A enfermagem era muito reconhecida nesse período e considerada fundamental para o êxito das mudanças pelas quais o hospital teria que passar. Tal importância pode ser constatada através da transcrição do trecho abaixo:

Consideramos o Serviço da Divisão de enfermagem como a espinha dorsal da infraestrutura hospitalar, espelho onde se refletem todas as atividades do hospital, mister há que se dê o devido valor à atuação desta divisão... numa fase de transição e transformação, quando houve necessidades de serem revistas todas as rotinas, adaptando-se a curto prazo a nova situação<sup>21</sup>.

O apoio inestimável... e o trabalho quase anônimo e incansável de nossos auxiliares [enfermeiras e auxiliares de enfermagem]<sup>22</sup>.

O depoimento acima valoriza a enfermagem enquanto divisão e equipe, legitimando a hierarquia institucional com a função administrativa para as enfermeiras [Ivete e Vera], o que lhes impunha muita responsabilidade, pois em posição de chefia ditavam as normas de higiene e treinavam a equipe para o cuidado.

Considerando que um agente acumula valores relacionados ao campo da cultura e do conhecimento, que são socialmente legitimados ao longo da vida, constata-se que o HC tinha reconhecimento destacado no estado do Espírito Santo, pois contava com agentes (médicos tisiologistas) que acumulavam significativo capital cultural/científico objetivado, legítimos ao grupo que através de mecanismos de reprodução se relacionavam (BOURDIEU, 1998).

Nesse momento, a função da enfermeira ainda era essencialmente assistencial e a administração dos Serviços, uma atividade meio, importante para que a primeira se efetivasse satisfatoriamente.

O hospital era muito sujo... muito feio e com forte odor e pouca gente para trabalhar, tínhamos que organizar (C1).

Não tínhamos muitos recursos no hospital, tudo faltava, mas tínhamos muita vontade para fazer funcionar (C3).

---

<sup>21</sup> UFES, Relatório, jan-jun-1968, folha 8.

<sup>22</sup>UFES, Relatório, jan-jun-1968, folha 1.

Os recursos humanos eram mínimos, mas a equipe de enfermagem, muito valorizada pelos médicos (C5).

As condições precárias de infraestrutura, aliadas à quantidade insuficiente de recursos humanos para atender à reestruturação do hospital, a princípio, em sua estrutura física, evidenciavam os desafios aos quais esse reduzido grupo de enfermeiras enfrentaria rumo à adequação do hospital e, assim, marcar sua contribuição com as novas responsabilidades da instituição e atividades próprias ao ensino de formação profissional que passariam a existir.

Essa condição era bastante desfavorável às enfermeiras, pois a insuficiência de capital simbólico as colocava em posição desfavorável frente ao grupo de médicos. Para melhor entender esse fenômeno, recorro a Bourdieu (2005), ao afirmar que a conservação ou transformação de uma estrutura no campo social decorre do posicionamento dos agentes em relação ao outro através de um esquema classificatório, posicionando o indivíduo por diferencial de capital.

Nesse período em questão, havia poucos registros do Serviço de Maternidade do hospital. A proximidade com esta fonte primária nos faz afirmar que a maternidade no HC se originou no ano de 1968, “sendo aproveitada a área ociosa do hospital para a instalação desse Serviço, com 5 boxes, com 4 leitos cada, totalizando 20 leitos<sup>23</sup>, sala de partos e berçário com 10 leitos<sup>24</sup>”. Estes documentos permitiram identificar a localização da referida área na qual se configurava a maternidade no hospital, informação essa validada por alguns colaboradores desta pesquisa, como se pode constatar nos depoimentos a seguir.

Fui contratada em 1964, trabalhava como enfermeira em outro hospital, que era campo de estágio da UFES. Cheguei no hospital das clínicas em 1966 e me lembro que a maternidade foi implantada, no atual almoxarifado (C9).

Fui aluno do curso de medicina e me lembro da maternidade no segundo andar, na parte de trás do hospital, onde é o almoxarifado hoje (C12).

Enquanto aluno do curso de medicina, eu fiz estágio em meados da década de 1970 e a maternidade já era na frente do hospital. Mas me recordo de um período anterior, onde ela [maternidade] ficava no segundo prédio do hospital, bem lá atrás (C13).

---

<sup>23</sup> Acervo Pessoal de Dulce das Neves Rocha.

<sup>24</sup> UFES, Relatório, jan-jun-1968, folhas 9 e 10.

Fotografia 1: Prédio secundário, situado nos fundos do Hospital das Clínicas.



Fonte: REDINS, 2011, p. 248.

Outras evidências reforçam a existência do Serviço de Maternidade na década de 1970, pois, ao analisar o livro de admissão do hospital, contendo registros de meados da década de 1970, onde estão registradas todas as internações e respectivas especialidades (Clínica Cirúrgica, Médica, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Pronto-Socorro, Ginecologia e Obstetrícia), foi possível evidenciar registros de internações na maternidade até o ano de 1974. O exame detalhado desse documento revela ainda que o Serviço contou com sete internações, sendo três no Serviço de maternidade e quatro no de ginecologia em novembro de 1973 (Figura 1) e, no ano seguinte, há registros de internações até onze de dezembro de 1974<sup>25</sup> (Figura 2). O documento ilustrado nas Figuras 1 e 2 evidencia tais internações.

---

<sup>25</sup>HUCAM, Livro de Admissão, 1973 até 04/02/1976 – Arquivo pessoal de Maria Zilma Rios.



Foi possível observar uma lacuna de registros de internação na maternidade no período 1974 a 1976. Na busca por informações que esclarecessem o porquê da ausência de registros nesse período, conseguimos encontrar um documento (Relatório de Estatística de 1976) que sinalizou o fechamento da maternidade, com ausências de registros de nascimentos de meados de dezembro de 1974 a 31 de julho de 1975. O mesmo documento evidencia o início de funcionamento em primeiro de agosto de 1976<sup>26</sup>.

Figura 3: Pasta Amarela - Relatório de Estatística de 1976.

DISCRIMINAÇÃO	MOVIMENTAÇÃO HOSPITALAR								
	1974 a 1977				VARIACÃO PERCENTUAL				
	1974	1975	1976	1977** 1977	1974/75	1975/76	1976/77		
<b>ATENDIMENTOS A PACIENTES INTERNOS</b>									
Pronto Socorro	4.339	5.744	6.391	9.650	13.395	+ 32 %	+ 11 %	+ 51 %	+ 110 %
Internações	2.654	2.332	4.138	7.500	7.555	- 13 %	+ 77 %	+ 81 %	+ 88 %
Cirurgias	1.651	1.546	2.053	2.850	3.011	-	+ 33 %	+ 39 %	+ 68 %
Nascimentos	-	-	1.201*	3.200	3.276	-	-	+155 %	+ 148 %
<b>ATENDIMENTOS A PACIENTES EXTERNOS</b>									
Consultas ambulatoriais	7.373	10.895	12.417	21.000	24.047	+ 48 %	+ 14 %	+ 69 %	+ 102 %
<b>EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO</b>									
Exames de laboratórios de análises clínicas	12.573	15.618	17.400	26.912	34.141	+ 24 %	+ 11 %	+ 55 %	+ 96 %
Exames de Raio X	5.590	6.817	11.259	15.408	13.774	+ 22 %	+ 65 %	+ 37 %	+ 17 %
Exames de Sangue	1.578	1.486	1.875	2.700	2.882	-	+ 26 %	+ 44 %	+ 57 %
Exames Anatomico-Patológicos	586	672	947	1.350	1.468	+ 15 %	+ 41 %	+ 44 %	+ 11 %
Exames Citopatológicos	425	715	980	1.764	1.781	+ 68 %	+ 37 %	+ 80 %	+ 12 %

\* Início de funcionamento - 1/8/76  
\*\* Previsão

8.2  
3.9 %

Fonte: Acervo Pessoal de Maria Zilma Rios.

Assim, o Serviço da Maternidade volta a funcionar em primeiro de agosto de 1976, conforme será descrito no próximo subcapítulo. Entretanto os registros evidenciaram o interesse do grupo dominante, fundamentalmente formado por médicos docentes, em transformar o ex-sanatório em hospital-escola, apesar das deficientes adequações do espaço físico. O depoimento aponta que as obras foram sendo realizadas sem interrupção das atividades de assistência e de ensino.

Muitas obras ocorriam junto com os procedimentos clínicos, nos quais os docentes não queriam suspender as atividades, e isto me deu muitos problemas... me recordo da epidemia, foi um caos (C9).

<sup>26</sup>HUCAM, Pasta Amarela de relatório Estatístico de 1975 – Acervo Pessoal Maria Zilma Rios.

Segundo Bourdieu (2005) a conservação ou transformação de uma estrutura no campo social decorre do posicionamento dos agentes em relação ao outro através de um esquema classificatório posicionando o indivíduo por diferencial de capital. Os docentes pioneiros do curso de Medicina lutaram muito para transformar o ex-sanatório em hospital-escola e procuravam fortalecer ao máximo a sua infraestrutura. Assim, nos primeiros anos da década de 1970, o cotidiano do HC foi marcado por providências importantes de ampliações e reformas nos setores, inclusive no Serviço de Obstetrícia para atender às necessidades de um hospital-escola (REDINS, 2011).

Apesar dos benefícios das adequações em seu espaço físico, os registros elucidam riscos e prejuízos, como, por exemplo, um grande surto de infecção no hospital durante os anos de 1974 a 1976 que, no entendimento de uma colaboradora, estava diretamente relacionado com as obras contínuas e a dificuldade no controle de higienização. Pelo que tudo indica, o Serviço de Maternidade ficou suspenso em função dessa grande epidemia que, ao final do ano 1974, havia se expandido para todo o hospital, conforme transcrição do Ofício n. 1.246 de 18 de dezembro de 1974, encaminhado pelo diretor do Centro Biomédico (CBM), Dr. Benito Zanandrea, ao reitor da Universidade, Dr. Máximo Borgo Filho, onde consta:

Considera grave a situação do Hospital das Clínicas, ocasionada pelo aparecimento da infecção provocada por *Pseudomonas Aeuginosa*... com ordens de Serviço baixadas pela direção para se evitar a propagação da infecção em apreço<sup>27</sup>.

Um grande número de pacientes se contaminou... não tínhamos como controlar a poeira, a água e os doentes. No hospital... A situação ficou muito feia e séria... criamos um isolamento no prédio da fisiologia para tentar conter o surto, e deixamos todos os infectados ali.... As internações foram suspensas e ninguém entrava e nem saía do hospital, até os alunos foram proibidos de circular naquela área (C9).

As *Pseudomonas aeruginosa* são um dos agentes mais importantes das infecções hospitalares e frequentemente adquirem um caráter de persistência (cronicidade) em meio favorável (SILVA FILHO, 2013). A trajetória do hospital, inicialmente um sanatório, com poucas adequações em sua estrutura física e recursos humanos deficientes para implantar técnicas básicas de controle de infecções, contribuiu para o agravamento dessa infecção, uma vez que bactérias, como patógenos oportunistas, têm predileção por ambientes úmidos, tais como a superfície de ambientes hospitalares (STANIER; PELLERONI; DOUDOROFF, 1966; PEREIRA; MORIYA; GIR, 1996; SABATIER; PEREDO; VALLES, 2009).

---

<sup>27</sup> ACERVO SIARQ/UFES – Ofícios 74 a 76 de 1974.

Os anúncios de Jornais evidenciavam a infecção nos hospitais em meados dos anos de 1976, com destaque semanal nas notícias de jornais diários. O diretor do HC, Jaime Santos Neves, informou à época, em entrevista ao Jornal A Gazeta, em 27 e 28 de julho de 1976, que o índice infecções hospitalares atingia 20% dos pacientes internados no estado, causando discórdia com diretores de outros hospitais (Figuras 4 e 5) (MÉDICOS, 1976; SANTOS, 1976).

Figura 4: Recorte do Jornal A Gazeta, 27 de julho de 1976, p.7.



Fonte: Arquivo Público de Vitória – Microfilme do Jornal (MÉDICOS, 1976a).

Figura 5: Recorte do Jornal A Gazeta, 28 de julho de 1976, p.7.

## Santos Neves confirma índice de infecções

O diretor do Hospital das Clínicas, Jaime Santos Neves, reafirmou ontem que o índice de infecções hospitalares no Espírito Santo realmente atinge cerca de 20% dos pacientes e que a situação tende a piorar com a falta de vigilância em todos os hospitais do Estado.

Com referência às declarações de vários diretores de outros estabelecimentos de Vitória, de que esse índice não ultrapassaria a taxa considerada normal de 5%, Santos Neves disse que nenhum deles tem a mínima noção do que sejam realmente as infecções hospitalares. Acentuou ainda que não há uma casa de saúde no Estado contando com serviço de vigilância contra essas infecções.

### VIGILANCIA

Segundo Jaime Santos Neves, as afirmações de que essa vigilância é feita através das Placas Petri revelam a falta de conhecimento a respeito. Conforme disse, "não se pode impedir o surgimento de infecções hospitalares, usando plaquinhas para atrair bactérias e purificar o ambiente. Não é tão simples".

Ele esclareceu que somente uma vigilância intensiva sobre todo o estabelecimento — desde a água servida, a lavanderia, a cozinha, o banho dos doentes, até o estudo da resistência dos antibióticos dentro daquele hospital — pode impedir o surgimento das infecções.

Santos Neves fez questão de frisar que a situação do Hospital das Clínicas, onde é diretor, não é melhor do que nos outros estabelecimentos do Estado. E melhor, segundo afirmou, comparando-se com os anos anteriores, quando no hospital — para crianças, na época — era comum um indivíduo entrar com sarampo e sair com pneumonia.

Seu desabafo foi em decorrência de alguns médicos terem dito que o índice de 20% poderia haver apenas no Hospital das Clínicas. Para esses médicos, a substância Hagar, existente nas Placas Petri, atraiem todo elemento estranho ao seu redor, purificando o ambiente.

### COMISSÃO

Para Jaime Santos Neves, isso não dá vigilância, pois seu campo de ação é muito restrito. "As infecções hospitalares são muito mais complexas". Conforme apontou, existe no País uma comissão especializada dentro dessa especialidade, denominada Serviço Integrado de Saúde — SIS, que inclusive já ofereceu seus serviços aos hospitais capixabas.

Esta, porém, segundo o fisiologista Santos Neves, não se mostraram interessadas, "e nem mesmo a Previdência Social tomou conhecimento". A

explicação dos médicos é que o preço cobrado pelo SIS, de Cr\$ 2.000 leito-dia é muito caro. "esquecendo ele que os gastos com antibióticos são muito superiores".

A explicação das razões porque o Hospital das Clínicas, que ele dirige, não firmou ainda um contrato com o SIS foi dada por Santos Neves, em decorrência do fato de ele ser sócio do Serviço, e "eu não iria firmar um convênio comigo mesmo". Ele afirmou que somente fará isso, quando um outro estabelecimento de Vitória o fizer.

Conforme disse, essa negligência está provocando um aumento do problema, "que a qualquer hora pode estourar". Jaime Santos Neves abordou também o fato de os pacientes ficarem muito tempo internados, "o que dá maior margem ao surgimento das infecções".

### ALERTA

Vários diretores de outros estabelecimentos de Vitória discordaram frontalmente do fisiologista capixaba, dizendo que se o índice de infecção contraída dentro do hospital fosse de 20%, ou seja, se a cada 100 internados, 20 ficassem infectados, eles fechariam por falta de condições, classificando de descabido o departamento de Santos Neves.

Este afirmou, entretanto, contudo, que foi otimista com referência ao percentual. Admitiu que nenhum estudo foi realizado, mas assegurou que com toda lógica, poderia reafirmar suas declarações. "que se tem o intuito de alertar a quantos estiverem interessados".

Uma das provas, segundo Santos Neves, de que o índice de infecções hospitalares está crescendo no Estado, são as providências adotadas por todos os estabelecimentos, quando o indivíduo é internado. Logo após o internamento, eles aplicam no paciente "um número sem fim de antibióticos, que vão piorar a situação", segundo disse.

Continuando, afirmou que "o uso indiscriminado de antibióticos deveria ser proibido, devido a sua alta periculosidade. O de largo espectro, que segundo fasos é aplicada visando eliminar um bactéria que ainda não se conhece não resolve nada, o que além de piorar a situação acarreta maiores gastos para o paciente ou para a Previdência Social".

Para o fisiologista, não se pode aplicar o antibiótico sem especificações já que podem ser criadas resistências indelévels no organismo humano. Citou como exemplo a tuberculose, cujo vírus se conhece — Koch — e contra o qual se se aplica o antibiótico próprio. O exemplo do Hospital Ipanema, no Rio, que usou durante muito tempo um tipo de antibiótico, contra o qual se formara resistência interna, deveria ser seguido por todos, segundo disse.

Fonte: Arquivo Público de Vitória – Microfilme do Jornal (SANTOS, 1976).

No trecho assinalado na Figura 6, o médico e diretor do HC, Jaime Santos Neves, reforça a preocupação e o despreparo da equipe médica para lidar com a infecção hospitalar, conforme registrado na entrevista dada ao jornal (SANTOS, 1976).

Figura 6: Recorte do texto de Jornal A GAZETA, 30 de Julho de 1976, p 9.

# Médicos usam cautela ao analisar infecção

Vários médicos e professores de Vitória se manifestaram ontem a respeito do problema das infecções hospitalares no Espírito Santo, mas nenhum deles quis citar percentuais de incidência, não concordando e nem discordando do índice de 20% dos doentes internados, revelado recentemente pelo diretor do Hospital das Clínicas, Jaime Santos Neves.

Para os médicos, "é muito temerário falar em números sobre um assunto tão complexo, sob o qual jamais foi realizado qualquer tipo de estudo". Apesar disso, Santos Neves — em depoimento no princípio desta semana — afirmou que baseando-se no abuso de antibióticos que se verifica cada vez mais no Estado e sabendo-se que nos melhores hospitais do mundo esse índice às vezes atinge 5%, com toda lógica o índice de 20% entre os capixabas era até otimista.

## ANTIBIÓTICOS

O uso abusivo dos antibióticos, que provocam o surgimento de bactérias resistentes, é a explicação dada pelos cientistas para o crescente aumento das infecções hospitalares em todo o mundo.

Segundo Santos Neves afirmou, o índice de incidências no Espírito Santo já estaria em torno de 20%, em decorrência também da total falta de vigilância existente em todos os estabelecimentos. Suas declarações foram contestadas pelos diretores de hospitais de Vitória, que afirmaram dispor de um serviço de vigilância suficientemente bom, feito através das Placas de Petri. Essas por conterem a substância *agar-agar*, têm a capacidade de atrair as bactérias ao seu redor, purificando o ambiente.

Essa informação dos diretores mostrou, segundo Santos Neves voltaria a declarar, "que nenhum deles tem a mínima noção do que sejam as infecções hospitalares, pois estas são muito mais complexas, sendo impossível seu controle através do sistema das Placas de Petri, método usado há mais de 200 anos". Ele disse também que a vigilância não é feita em nenhum dos hospitais do Espírito Santo.

Ao contrário de outros diretores, que revoltados com a declaração de Santos Neves, afirmaram que o índice de infecções em seus hospitais não superava o considerado bom — encontrado nos mais bem equipados do mundo, como os dos Estados Unidos — de 5%, o diretor-clínico do Hospital Santa Rita, Afonso Bianco, não aceitou ontem fazer qualquer declaração a respeito de porcentagens.

## ESTUDOS

Conforme disse, não há estudos concluídos no Estado e o assunto é muito complexo para ser analisado superficialmente. Ele acentuou que comparando-se os índices atuais com os do princípio do século, o quadro é animador. "Considerando-se, porém, os conhecimentos adquiridos e a tecnologia decorrente, chega-se à conclusão que os cuidados com a rigorosa antissepsia, a assepsia e o estado sanitário daquelas que lidam com o doente, deve ser uma constante". Em sua opinião, o aparecimento dos germes resistentes que passam, a fazer parte do hospital, foi decorrente do advento dos antibióticos e de seu uso indiscriminado.

Apesar de toda a técnica apropriada, e do cuidado esmerado, segundo Bianco, não se deve acreditar na possibilidade de eliminação total das infecções hospitalares, porquanto é impossível esterilizar bacteriológica e os seres humanos. "Tanto é assim que os melhores índices positivos alcançados nos Estados Unidos vão de 3% a 5%".

Para Bianco, a dificuldade está relacionada com os fatores que levam o desenvolvimento de infecção no paciente hospitalizado, dos quais pode-se destacar: bactérias, fungos e vírus, representados por estafilococos, estreptococos, bacilos entéricos gram-negativos, *escherichia coli*, *Proteus*, *Pseudomonas*, podendo estes atingir alta virulência e refratariedade aos antibióticos. Conforme disse, quanto aos fungos, como *Candida*, *Aspergillus* e outros, tornam-se mais virulentos quanto maior for o êxito dos antibióticos.

Segundo explicou, o ambiente hospitalar é outro importante fator, daí o cuidado que se deve exigir de todos quanto trabalham no estabelecimento, do menos ao mais graduado em suas funções, especialmente médicos e enfermeiros.

Conforme esclareceu, não havendo o devido cuidado, podem surgir problemas tais como o do estafilococo, em que certos tipos adquirem uma resistência tão acentuada, que passam a ser denominados "estafilococo de tal hospital". Os próprios aparelhos e equipamentos podem ser a fonte dos germes patogênicos, caso não haja cuidado.

Outro fator, conforme disse Bianco, é encontrado no próprio doente, suscetível às infecções. "Basta ter uma resistência reduzida, ou se encontrar no período de infância ou velhice, para mais facilmente sofrer as consequências dos agentes patogênicos".

Em sua opinião, o combate à infecção tem que ser um procedimento técnico e permanente. Os que tem contato com os doentes, desde médicos às enfermeiras, devem estar isentos de qualquer estado infeccioso por mais leve que seja, assim como ter o máximo cuidado na manipulação dos doentes para não transmitir a infecção de um para o outro.

A luta contra a infecção no hospital, acrescentou, deve utilizar a técnica, abranger meio ambiente, pessoal, pacientes, acompanhantes, visitas, equipamentos, instrumental cirúrgico, utensílios, material cirúrgico e de curativos, roupa em geral, etc. Conforme acentuou, conhecendo-se ou não o índice de infecção de determinado hospital, o cuidado e o combate visando a infecção, deve ser tão importante como os objetivos principais da Medicina, que são a prevenção, o diagnóstico seguro e o tratamento satisfatório.

## ÍNDICE

No Espírito Santo, não se conhece exatamente o índice da infecção em hospitais, dado como 20% por Santos Neves. Este afirmou também que um estudo e a adoção de um sistema de vigilância intensiva poderiam ser adotados pelos hospitais capixabas, se seus diretores assim o quisessem.

Existe no País, conforme esclareceu, o Sistema Integrado de Saúde — SIS, que se dedica a esses levantamentos e vigilância. Segundo Afonso Bianco, o SIS etetuou no Hospital Santa Rita um levantamento, cujos resultados ainda não foram concluídos.

Apesar disso, ele acentuou que o hospital já está funcionando dentro de uma nova mentalidade, na qual muita coisa surgirá em decorrência dos estudos, já começa a ser aplicada. "Não significa que antes não fazíamos o controle". Afirmou contudo que esse paulatinamente está sendo feito visando atingir o ideal, resultado do levantamento ainda não concluído.

## ANTIBIÓTICOS

Para o professor de farmacologia da Ufes e Emescam, José Guilherme Pinheiros Pires, o problema, que é mundial, deve ser realmente muito grave no Espírito Santo. Conforme falou, o índice de incidência apresentado por Santos Neves, de 20%, não deve estar longe da realidade, se não for maior.

Segundo esclareceu, no Estado não existem ainda as comissões de profilaxia que já são encontradas em outros centros do País, sendo possivelmente essa mais uma razão para a elevada taxa, considerada por Santos Neves, como uma das maiores do Brasil.

Em decorrência desse fato, da falta de infraestrutura dos estabelecimentos, os tratamentos são feitos muitas vezes sem se dispor do antibiograma — que, porém, não é perfeito — o que trará problemas para o médico na descoberta do antibiótico específico para o caso, esclareceu José Guilherme.

Continuando disse que nos Estados Unidos, conforme exemplificou, a ampicilina no tratamento de muitas doenças, está sendo substituída pela gentamicina em muitos casos, quando a infecção é contralida dentro do hospital, pois as bactérias tornaram-se imunes à primeira.

Fonte: Arquivo Público de Vitória (MÉDICOS, 1976b).

Através da análise desses documentos escritos, foi possível perceber uma luta simbólica entre os agentes médicos que contestavam os dados estaduais, afirmados pelo fisiologista Jaime Santos Neves. Nos Jornais da época (julho e agosto de 1976), os diretores clínicos dos hospitais discordavam da estatística apresentada pelo diretor do HC da UFES e se defendiam afirmando: “Só se isso [índice de Infecção de 20%] acontece no Hospital das Clínicas” (MÉDICOS, 1976a; 1976b).

Podemos inferir que a precária situação do HC e o surto de infecção favoreceram a visibilidade na mídia, ampliando a responsabilidade de seus agentes no controle da infecção. Nesse sentido, a enfermagem foi envolvida e responsabilizada por traçar uma estratégia de controle da situação. O depoimento abaixo revelou a difícil tarefa da enfermeira assistencial com o surto de infecção que assolava HC.

Foi muito difícil para mim... os jornais queriam noticiar os fatos, quase todo dia o diretor dava entrevista. O hospital ficou praticamente fechado por muito tempo [pausa de reflexão] acho que meses e nós tentávamos impedir a entrada deles [jornalistas]. Recordo-me do Ofício enviado ao reitor [Máximo Borgo Filho] deixando clara a preocupação do diretor do CBM [Benito Zanandrea] com as notícias publicadas em jornais da cidade e os médicos do hospital falavam que eu tinha que dar conta do caos (C9).

A história de infecção em ambiente hospitalar não é nova e a enfermagem marca sua participação no combate desde a época de Florence Nightingale, quando em meados do século XIX, destacou-se como precursora das medidas de higiene e limpeza no hospital com vistas à redução da incidência e da gravidade das infecções.

Diante dessa situação, a enfermeira Ivete Alves dos Santos definiu como estratégia de combate o isolamento dos clientes contaminados e o rigor para acesso ao local. Todas as ações implantadas para conter e debelar a infecção foram de grande importância à época, uma vez que as contaminações eram comumente atribuídas aos enfermeiros, profissionais responsáveis pela prevenção e controle das infecções (PEREIRA; MORIYA; GIR, 1996). Assim, a enfermeira reconheceu o desafio, enfrentou as dificuldades e buscou alternativas para controlar a infecção, obtendo o êxito possível e o fechamento de alguns setores, dentre os quais, supomos, estava a maternidade.

No Brasil, especialmente nas décadas de 1970 e 1980, iniciou-se uma preocupação maior com os microrganismos no ambiente hospitalar, a partir da Portaria n. 196/83 do Ministério da Saúde, que tornou obrigatória a implantação de comissões de controle de infecção hospitalar em todos os hospitais. Entretanto, tais medidas tiveram mais destaque no final da década de 1990, com a publicação da Portaria do MS n. 2616, de 12 de maio de 1998,

estabelecendo ações mínimas a serem desenvolvidas no ambiente hospitalar (PEREIRA; MORIYA; GIR, 1996).

#### 4.2 A MATERNIDADE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS COMO LÓCUS DE VISIBILIDADE DA ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA (1974 A 1976)

A RU de 1968, através da Lei n. 5.540/68, fixou as normas de organização e funcionamento do ensino superior em universidades e sua articulação com o ensino médio. Na vigência dessa lei se impulsionou a criação de mais cursos superiores no país, especialmente na área de enfermagem. Para tanto, e particularmente na enfermagem, foi realizado um estudo sob os auspícios do Departamento de Assuntos Universitários (DAU), vinculado ao MEC, que apontava para uma carência acentuada na quantidade de profissionais enfermeiros em território nacional. Tal problema representava uma ameaça aos programas preconizados pelas políticas públicas de saúde, principalmente os relacionados ao Plano Decenal de Saúde para as Américas, de 1972. O plano recomendava uma relação de 4,5 enfermeiros por 10.000 habitantes (COELHO, 2007; DRAGO, 2011; MALTA, 2016).

Assim, em 1974, no ES, o referido estudo do DAU/MEC foi liderado pela docente da EEAN da UFRJ, Dulce Neves da Rocha, que era natural do estado do ES. A docente foi indicada pela professora Lygia Paim<sup>28</sup>, também docente da EEAN e membro da equipe assessora do DAU/MEC. Pelo reconhecimento de seus méritos, se faz pertinente registrar uma parte da autobiografia da enfermeira Dulce, descrita na entrevista do dia 18/06/2015, às 14 horas, em Vila Velha - ES, aos 85 anos de idade:

Nasci em 1929, em Santo Quarto - ES, estou com 85 anos. Aos 12 anos meus pais se mudaram para o interior do estado[Domingos Martins], onde eu terminava, à época, a primeira fase do ensino fundamental. Era um lugar que não tinha escola, sendo obrigada a parar de estudar... Eu continuei estudando pelo rádio e aos 19 anos retornei para Vitória e me formei como visitadora sanitária, trabalhei nos postos de puericultura do estado no Serviço de saúde pública com doutor Jolindo Martins<sup>29</sup> no período em que o doutor Jaime Santos Neves<sup>30</sup> era diretor do Departamento de

<sup>28</sup> Professora Titular da EEAN/UFRJ, enfermeira, professora titular aposentada pela UFRJ. Formação em Enfermagem pela Escola Anna Nery, com o título de Livre-docente e Doutora pela UFRJ. Docente pesquisadora pelo CNPq em projetos de pesquisa no NUCRON/UFSC.

<sup>29</sup> Professor emérito da cadeira de Pediatria e Puericultura do curso de Medicina da UFES.

<sup>30</sup> Médico fisiologista, era uma personalidade de destaque no âmbito estadual e nacional à época, atuou como diretor do Departamento de Saúde (1947), governador do estado (1951); diretor da Divisão Nacional de Tuberculose; e professor adjunto de Clínica Médica da UFES (1968). Também foi assessor da OPAS/OMS na fronteira México-Estados Unidos. Além disso, foi agraciado com a Medalha de Ouro e um diploma por ter se destacado na área da Saúde Pública no país, ambas as distinções conferidas no Congresso Nacional de Pneumologia e Tisiologia, realizado em Fortaleza, no ano de 1980 (REDINS, 2011).

Saúde do estado. Formei-me pela EEAN/UFRJ, fui a primeira enfermeira do HESFA [Hospital Escola São Francisco de Assis], no Rio de Janeiro, e em 1955 iniciei como docente da EEAN/UFRJ. Em 1983, recebi homenagem do doutor Jaime pelos 50 anos da Liga de Tuberculose, juntamente com a docente Ieda Barreira.

A designação de Dulce Rocha contou com o importante apoio dos médicos do curso de Medicina da Universidade, Benito Zanandrea<sup>31</sup> (diretor do CBM), Thomas Tommasi<sup>32</sup> (chefe do Departamento de Medicina Social do CBM) e Jaime Santos Neves (professor adjunto do Departamento de Clínica Médica), para realizar o estudo naquele estado.

O Doutor Jaime era um médico e amigo muito influente e participava da Liga Nacional de Tuberculose, era consultor do Ministério da Saúde e apoiou a professora Dulce Neves da Rocha [docente da EEAN/UFRJ] para fazer um diagnóstico das necessidades de enfermeiros para o estado (C3).

Eu [Dulce], junto com doutor Cassiano Antonio de Moraes<sup>33</sup>, doutor Fausto Edmundo Lima Pereira<sup>34</sup> e doutor Jaime formamos uma comissão para fazer o relatório de levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no estado. Lembro-me de que utilizei o relatório da ABEn como base (C8).

Sobre a sua designação para realizar o estudo do DAU/MEC no ES, Dulce Rocha registra sua surpresa e consciência com a grandeza da responsabilidade que tal atividade requeria, informando o seguinte.

Eles [equipe DAU/MEC] mandaram um pedido de autorização para eu ir ao Espírito Santo (ES), me assustei [risos] com a responsabilidade, mas confiava muito na Lygia e ela em mim [risos], assim eu vim em 1975, mas nunca fiquei de vez no estado do ES (C8).

Certamente, a transferência da docente não envolvia apenas uma decisão de âmbito pessoal, tendo em vista que a mesma possuía vínculo institucional junto à EEAN/UFRJ. Em aspectos de sua vida pessoal, Dulce era casada com um médico reconhecido, renomado e com estabilidade no Rio de Janeiro, ex-capital da República, e que manifestava sua insatisfação em ter a sua vida deslocada para outro estado da federação. Ao mesmo tempo, havia a

---

<sup>31</sup> Professor e diretor da Faculdade de Medicina de 1970 a 1973, assumiu a Direção do CBM, após ser extinta a Faculdade de Medicina em 1974, até 1978.

<sup>32</sup> Médico contratado como professor catedrático em 23 de outubro de 1963, com atribuições na cadeira de Higiene e Medicina Preventiva. Foi chefe do Departamento de Medicina Social e depois diretor do Centro Biomédico no período de dezessete de fevereiro de 1978 até seu falecimento em dezoito de novembro de 1981.

<sup>33</sup> Médico e instrutor de ensino superior na cadeira de Clínica Médica do curso de Medicina da UFES, desde 1965.

<sup>34</sup> Médico e auxiliar de ensino no Departamento de Patologia. Único docente a defender uma tese e obter título de doutor em Medicina, aposentou-se em 1991, assumindo novo vínculo de professor assistente, no departamento de Patologia em 1996.

possibilidade de que a professora Dulce realizasse a sua atividade profissional sem que isso se traduzisse em uma estadia definitiva no ES.

Eu queria ir, minha família era de Vitória, mas eu estava casada e meu marido não queria vir para o ES, ele era médico, e doutor Jaime propôs um trabalho para ele no estado, mas ele recusou. Eu tinha muita atribuição no Rio de Janeiro pela Escola [EEAN] e pelo Instituto de Puericultura (C8).

Nesse processo de ida da enfermeira Dulce para realizar o relatório, houve uma solicitação mediante Ofício n° 51/76, emitido pelo chefe do Departamento de Medicina Social do CBM (doutor Thomas Tommasi) ao diretor do CBM da UFES (Benito Zanandrea), datado de 14 de maio de 1976, solicitando que a mesma fosse transferida para seu estado de origem e exercesse as suas atividades junto à UFES. Após ciência do diretor do CBM, o mesmo solicitou, em correspondência ao reitor da universidade, Máximo Borgo, providências para transferência e lotação da referida docente no Departamento de Medicina Social<sup>35</sup>.

O extrato da ata da oitava sessão ordinária do Conselho Departamental do CBM da UFES, realizada em 22 de abril do mesmo ano, aprova por unanimidade a professora Dulce para organizar e coordenar o Curso de Enfermagem da UFES, a ser criado no CBM. Entretanto o reitor da UFRJ negou a transferência da docente para a UFES<sup>36</sup>.

O doutor Jaime junto com o doutor Thommasi queriam minha transferência, mas eu já era professora adjunta e o reitor da UFRJ negou. A escola insistiu muito para eu não me transferir e abriu mão para me deixar à disposição deste trabalho, assim eu vim muitas vezes ao estado do ES. (...) Foi um prazer aceitar o convite, do amigo e colega de trabalho [doutor Jaime], de longas datas no estado, enquanto atuava como visitadora sanitária, antes de se mudar para o Rio de Janeiro, com o propósito de cursar Enfermagem (C8).

Vale ressaltar que a enfermeira já havia trabalhado no estado, na função de visitadora sanitária, e era conhecida por esses médicos, pelo seu capital científico acumulado, objeto importante de poder na luta simbólica entre os espaços institucionalizados e hierarquizados das duas universidades. Para Bourdieu, o mundo social se entende como um campo de disputas, no qual os agentes se envolvem em lutas simbólicas para impor seu poder (BOURDIEU, 1998). Nesse sentido, ter como docente no estado uma professora da EEAN/UFRJ agregava poder e posição para aquele espaço social, neste caso o Curso de Enfermagem que se iniciava, precisando contar com agentes conhecidas e reconhecidas nesse campo, cujo discurso autorizado capitalizaria uma condição mais favorável. Ao ser negada a

---

<sup>35</sup> ACERVO pessoal de Dulce Neves da Rocha.

<sup>36</sup> Idem.

transferência da Dulce, o reitor da UFRJ impôs para a sociedade uma justificativa moral de posição dominante enquanto universidade consolidada de prestígio nacional e internacional.

A Direção da EEAN, na pessoa de professora Elvira de Felice Souza, deu pleno apoio para que a professora Dulce assessorasse a implantação do Curso de Enfermagem da UFES, função desejada e reconhecida pelo diretor do CBM da UFES, Benito Zanandrea, conforme ofícios à época enviados pela Direção desse centro à diretora da EEAN/UFRJ, e duas docentes, Vilma de Carvalho e Lygia Paim<sup>37</sup>. No referido documento, se faz explícito o agradecimento e o reconhecimento, pelo diretor do hospital-escola, do que considerou um “valioso trabalho da professora Dulce Neves da Rocha, na elaboração do Projeto de Currículo para o Curso de Enfermagem na Universidade do ES”.

Nesse sentido, o curso de Enfermagem foi proposto com a estreita participação de docentes experientes em uma instituição responsável pela implantação do modelo de ensino de enfermagem no modelo nightingaleano, no Brasil.

Além disso, a EEAN atuou como instituição oficial padrão para equiparação das escolas de enfermagem no país. Também é nessa mesma Escola de Enfermagem que em 1972 se criou o primeiro curso de Mestrado em Enfermagem no país, primeiro Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Enfermagem, iniciando assim uma exitosa trajetória no desenvolvimento científico na área de Enfermagem, referência nacional e modelo para o continente sul-americano. Ainda mais, a EEAN foi a primeira a ser incorporada à universidade, o que se deu através da Lei n. 452 de 05 de julho de 1937. A Escola registra outro papel de vanguarda, a criação da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (1926), atualmente Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

O processo de criação do Curso de Enfermagem da UFES implicava uma luta simbólica pela ocupação de uma melhor posição no campo acadêmico. E, nesse sentido, as enfermeiras da EEAN foram instrumento de muito valor para impedir o domínio médico no ensino da profissão da enfermagem desde o início do século XX. Podemos refletir sobre o poder simbólico da EEAN após a segunda metade do século XX, não mais como escola padrão, mas sua continuidade como identidade profissional da escola produzindo efeitos simbólicos no decorrer dos anos de 1970 e 1980 no estado do ES.

Logo, o ensino de Enfermagem na UFES se iniciava, em alto nível, em um campo onde as lutas se impõem através das leis sociais do próprio campo, no caso, o campo científico. A condição de curso recém-chegado é imediatamente implicada nessa forma

---

<sup>37</sup> ACERVO SIARG/UFES. Ofício nº 1221 de 12 de dezembro de 1974; Pasta de Ofícios dos anos 1974 a 1976.

particular de pertencimento a este campo, de modo a incorporar a crença científica com interesse e, portanto, algo que valha a pena, capaz de definir os objetos como dignos de interesse, importantes, capazes de merecer investimento (BOURDIEU, 2004b), o que, no espaço universitário, traduz-se em merecer reconhecimento pelos pares.

Para desenvolver seu trabalho, Dulce escolheu três enfermeiras para lhe acompanhar nessa fase inicial de planejamento do Curso de Enfermagem, tendo estas que residir no estado do ES e, assim, efetivarem a implantação do Curso de Enfermagem na UFES. As enfermeiras indicadas por ela foram: Ângela Maria de Castro, Maria Tereza de Oliveira Coimbra e Laurinda Sebastiana do Espírito Santo [conhecida como Laura].

Escolhi três enfermeiras da EEAN: Ângela, Maria Tereza e Laura, eram recém-formadas, me ajudaram a montar o curso de Vitória, enquanto alunas do último ano ainda no Rio de Janeiro, junto com a Lygia Paim e a dona Dolores [Maria Dolores Lins de Andrade]<sup>38</sup>. Eu escolhi três enfermeiras solteiras para morarem no ES e implantar o Curso de Enfermagem (C8).

O critério de escolha das enfermeiras se pautou nos atributos que demonstraram quando ainda eram alunas e recém-formadas. Ao examinar o histórico, arquivado no Centro de Documentação (CEDOC) da EEAN (1976), referente ao último ano dessas enfermeiras, enquanto alunas, constatamos que as mesmas possuíam notas máximas nas disciplinas cursadas. Além disso, outros aspectos também foram considerados no desempenho das alunas, tais como: serem estudiosas, terem potencial, serem solteiras e terem facilidade de se relacionar com o público, tal como descrito abaixo. Todos esses aspectos conferiam-lhes uma condição de distinção em relação às demais alunas, conforme se pode constatar nos fragmentos de depoimentos, a seguir.

Foi tudo muito rápido, não tive tempo de pensar, eu tinha que levar três pessoas comigo e levei três recém-formadas, que me ajudaram a montar o curso, ainda no Rio de Janeiro, enquanto alunas do último ano de graduação. Essas enfermeiras foram escolhidas por serem alunas que se destacaram no curso, eram dedicadas, estudiosas e com potencial (C8).

O capital social acumulado pelo grupo, embora ainda jovem, funcionava como um conjunto de recursos atuais ou potenciais associados à posse de uma rede durável de relações institucionais de “interconhecimento e de inter-reconhecimento”, ou seja, o Curso de Enfermagem da UFES tinha a oportunidade de vincular-se a um grupo, enquanto conjunto de agentes que não apenas eram dotados de propriedades comuns, mas também unidos por

---

<sup>38</sup> Professora emérita da UFRJ, professora titular e diretora da EEAN/UFRJ.

ligações que deveriam ser “permanentes e úteis” (BOURDIEU, 1998b; 2003b).

Portanto, aquelas que seriam responsáveis diretamente pelo planejamento e implantação do Curso de Enfermagem no ES incorporavam capital simbólico de diferentes naturezas, além da responsabilidade de terem se formado em uma instituição de ensino superior que agregava o que Pierre Bourdieu (2003b) denomina de efeito de lugar, ou seja, um grupo de enfermeiras docentes acostumadas a capitalizar os ganhos simbólicos advindos do impacto da estrutura espacial de sua escola de origem. Essa interpretação encontra suporte teórico em Bourdieu (2003b), quando afirma que: “o consumo mais ou menos ostentatório do espaço é uma das formas por excelência de ostentação do poder” (BOURDIEU, 2003b, p. 161).

Esse importante sociólogo acrescenta que, por ser o espaço social inscrito, ao mesmo tempo, nas estruturas espaciais e nas estruturas mentais, caracteriza-se como um dos lugares onde “o poder se afirma e se exerce”, sob a forma mais sutil da violência simbólica, pois se dá de forma despercebida (BOURDIEU, 2003b, p. 163). Cabe ainda pontuar que as estruturas do espaço físico constituem mediações através das quais as estruturas sociais se convertem em estruturas mentais, pois, por meio de suas injunções mudas, dirigem-se diretamente para o corpo, conseguindo dele a reverência e o respeito próprios do distanciamento, enquanto componentes mais importantes da simbologia do poder e dos efeitos reais do poder simbólico (BOURDIEU, 2003b, p.163). Assim, esse grupo, ainda que jovem, não se intimidava diante da institucionalização do Curso de Enfermagem que, em sua fase inicial, era anexo à Faculdade de Medicina, e nem com a convivência nos espaços de um hospital universitário recém-construído.

A formatura dessas três enfermeiras mereceu registro fotográfico, definindo a passagem de alunas para uma inserção imediata no mercado profissional, sobretudo associado à formação de outras profissionais enfermeiras, o que, naturalmente, representava um atestado de competência desse grupo de enfermeiras recém-formado.

Fotografia 2: Solenidade de Formatura da EEAN/UFRJ em 1976.



Fonte: Arquivo pessoal da docente Ângela de Castro Simões.

A Fotografia 2 trata da formatura da turma de 1976 na EEAN/UFRJ. Da esquerda para a direita podemos identificar no primeiro plano as formandas Ângela Maria de Castro, seguida da professora Shirlei Correia da Costa (paraninfa da turma de Habilitação Materno-infantil) e outra formanda não identificada. No segundo plano, também da esquerda para a direita, identificam-se as formandas Laurinda Sebastiana do Espírito Santo, Tamoé Suda, Maria Tereza de Oliveira Coimbra e Sueli, esta última sem identificação completa.

Pelas informações, podemos concluir que as atividades relativas ao planejamento e organização da primeira Escola de Enfermagem no ES se iniciaram no Rio de Janeiro, no ano de 1975, com as três alunas formandas à época e a participação de personagens renomadas na história da enfermagem brasileira, docentes da EEAN: Dulce Neves da Rocha, Lygia Paim, Maria Dolores Lins de Andrade e Vilma de Carvalho, conforme elucidado nos trechos abaixo.

Eu [Maria Teresa] vim para Vitória- ES, junto com a Ângela, a Laura chegou primeiro com o objetivo de implantar o Curso de Enfermagem na UFES, a convite de nossa professora Dulce Neves Rocha. O vestibular foi em junho de 1976 e o curso começou em agosto de 1976. O convite foi feito pela professora Dulce, que estava trabalhando junto com as professoras Lygia Paim, Dolores Lins e Vilma para atender a proposta do DAUMEC de implantação de novos cursos no Brasil (C1).

Quem nos [Ângela, Teresa e Laura] trouxe foi uma professora do Rio de Janeiro [Dulce], cuja família era daqui, com o apoio do chefe do Departamento de Medicina Social e o diretor do Centro Biomédico (C2).

Primeiro chegou a Laura, depois chegou Maria Tereza e Ângela e mais tarde chegou a Edna Vieira(C3).

Além da competência institucional adquirida ao longo da formação, as jovens enfermeiras tinham a confiança de Dulce e disponibilidade para mudar de estado. Além disso, tinham desenvolvido seu *habitus* profissional moldado, até certo ponto, enquanto alunas da EEAN/UFRJ, pautada no rigor da disciplina e no comprometimento profissional. Para Bourdieu (1998) o capital social é um mecanismo estratégico para difusão de relações em um determinado sistema social, onde os volumes de capital social e econômico acumulados determinam a rede de relações sociais que se pode mobilizar. Dulce, enquanto tutora, relatou tranquilidade e segurança com suas escolhas, onde apenas supervisionava as ações das docentes no estado. A mesma revelou em seu depoimento, que não ficou no estado, que nunca foi docente da UFES e só ministrou a aula inaugural do curso, a convite das docentes de Enfermagem da UFES.

A aula inaugural foi muito simples, mas reconhecida no Curso de Enfermagem e no CBM (C1).

O curso da UFES andou sozinho, eu confiei e entreguei para as meninas. Reencontrei-as quando elas foram fazer o mestrado no Rio de Janeiro, anos depois. Eu [Dulce] nunca fui professora da UFES, me aposentei como professora da EEAN. A aula inaugural foi eu[Dulce] quem dei, foi simples, não obedeceu ao ritual da EEAN, mas foi uma solenidade no Centro Biomédico da UFES (C8).

Depois da aula inaugural eu fiquei mais no Rio de Janeiro e deixei o curso por conta das meninas [docentes] e elas quase não me chamavam, eu entendia que estava tudo bem, só vinha quando era chamada. Cada estado teve uma supervisora designada e Lygia me designou para o Espírito Santo.... Eu tinha muito trabalho no RJ, e depois da aula inaugural eu fiquei mais no RJ e deixei o curso por conta das meninas no ES (C8).

Em seus relatos, Dulce revela total confiança nas jovens indicadas, para as quais deu autonomia para o desenvolvimento do Curso de Enfermagem, incluindo-se a seleção do quadro docente para o curso de Graduação em Enfermagem da UFES. Para a seleção dos professores contaram com a participação dos diretores do CBM e do Departamento de Medicina Social, respectivamente doutor Benito Zanandrea e doutor Thomas Tommasi. A primeira enfermeira do estado a ser incorporada à equipe docente da Escola de Enfermagem da UFES foi a enfermeira do HC Maria Edla de Oliveira Bringunte, conhecida como dona Edla, que exercia a função de chefe de enfermagem, sendo contratada pelo CBM através do

Ofício n.º 60/76 de 21 de maio de 1976, para exercer função docente no Curso de Enfermagem previsto para iniciar no segundo período do mesmo ano<sup>39</sup>.

Fiquei feliz quando ingressou a dona Edla na docência, ela também era do RJ e tinha muita experiência (C8).

Nós começamos a buscar outras enfermeiras no hospital. E convidamos dona Edla e Valmira para serem professoras à época (C1).

Eu [Dulce] não tive influência em nenhuma indicação de docente no Espírito Santo. As meninas [Laura, Angela e Maria Teresa] fizeram toda a seleção (C8).

Nessa fase inicial de desenvolvimento do projeto de implantação do Curso de Enfermagem da UFES fazia-se imprescindível contar com pessoas em que se pudesse confiar, o que era estratégico para fortalecer o elo entre as primeiras enfermeiras e assim unir esforços para superar os desafios. Sellman (2007) entende a confiança como um elemento facilitador para a formação de enfermeiros, das práticas clínicas e da gestão de cuidados. Nesse caso, tratava-se de um processo dinâmico em construção, no qual as docentes e a supervisora estavam envolvidas, exigindo delas competência, conhecimento ético, científico e técnico, indispensáveis ao desenvolvimento da relação estabelecida.

Podemos inferir que Dulce teve muita segurança e confiança em suas escolhas, dando a devida liberdade de atuação para as jovens enfermeiras. Relata que apenas “articulou o acolhimento e a moradia para elas com o doutor Thommasi”, diretor do CBM, naquele primeiro momento. Elas chegaram e tiveram como residência o próprio hospital e já foram nomeadas pelo chefe do CBM para os cargos de chefia dos setores, juntamente com dona Edla, esta última na condição de chefe de enfermagem do hospital; enquanto que Laura assumiu a maternidade, Ângela os ambulatórios e Maria Teresa a chefia do Curso de Enfermagem e a supervisão do hospital.

Moramos [Maria Teresa, Ângela e Laura] ali no hospital, por um ano, e depois começamos a dividir apartamentos em Vitória (C1).

Quando chegamos, moramos dentro do hospital, em um alojamento dividido com os residentes de Medicina, a casa do Serviço social de hoje (C2).

Elas [docentes] moravam no hospital e nós éramos uma família, muito unida (C3).

---

<sup>39</sup> Acervo do Centro de Memória do Departamento de Enfermagem da UFES.

Segundo Redins (2011), haviam três residências construídas no pátio do hospital para moradia do diretor geral, da enfermagem e do médico plantonista, e da chefia da lavanderia e rouparia, construídas durante os anos 1951 e 1952. Foi nessa residência, ilustrada na Fotografia 3, que as enfermeiras docentes moraram ao chegar no estado do ES, em 1976.

Fotografia 3: Residência da enfermagem e do médico plantonista.



Fonte: Acervo pessoal de Maria Zilma Rios.

Nessa época, 1976, o hospital-escola contava com cinco enfermeiras: Ivete, Irmã Teresinha, Dona Edla, Valmira dos Santos e Arlete Lucas, além de 45 atendentes ou auxiliares de enfermagem, sendo esses últimos, em sua maioria, atendentes de enfermagem. Esse contingente, acrescido das quatro docentes, após chegada de Edna Vieira, meses depois, era responsável pela assistência de enfermagem aos usuários de 165 leitos, conforme elucidado pelo depoimento abaixo.

O hospital contava com uma média de 45 funcionários, com muita dificuldade chegamos a 60 funcionários e depois a 120 no início dos anos 1980... Éramos apenas duas enfermeiras, em 1974: Dona Edla e Ivete e depois chegaram mais duas [Valmira e Arlete]. (C3).

Quando chegamos [docentes], o hospital só possuía cinco enfermeiras: Irmã Teresinha, Dona Edla, que era chefe, Ivete, Valmira e Arlete (C1).

Elas [as docentes] foram muito bem recebidas e depositaram uma esperança muito grande. Eram recém-formadas, entusiastas e lutadoras, com pouca experiência mas muito determinadas e uma formação muito consistente (C3).

Assim, esse pequeno grupo de seis enfermeiras docentes (Maria Teresa, Ângela, Laura, Edna, Dona Edla e Valmira), articulava a ação docente assistencial em que representavam o quadro docente da escola para a formação de enfermeiras na UFES e, ao mesmo tempo, também organizavam os respectivos Serviços no âmbito do HC da UFES, durante o segundo semestre de 1976.

Não constatamos neste estudo nenhuma referência quanto às outras enfermeiras do hospital terem sido, ou não, convidadas para ingressar na carreira docente. No plano de relatório de Dulce para o DAU/MEC, na página 4, está descrito um panorama da enfermagem no hospital e em Vitória (ES).

Do quantitativo de enfermeiros em Vitória, a maioria exerce função governamental e muitos não manifestam interesse pelo magistério. Será conveniente uma seleção criteriosa daqueles que poderão compor o corpo docente de Enfermagem da UFES<sup>40</sup>.

Das cinco enfermeiras em atividade no hospital, apenas uma era contratada da UFES e as demais eram prestadoras de Serviços técnicos. Reforço aqui a preocupação com a carência de enfermeiros e a deficiência quantitativa e qualitativa do pessoal em geral<sup>41</sup>.

O fato de que no espaço social existiam agentes com diferentes posições, significa a existência de uma ordem, na qual a reprodução dessa estrutura hierarquizada ocorre de forma invisível para todos, o que retrata, nos conceitos de Bourdieu (1998), uma violência simbólica, que enquanto positiva é socialmente legitimada neste contexto, uma vez que esses Serviços já contavam com profissionais que foram preteridas para a função com a chegada das jovens docentes.

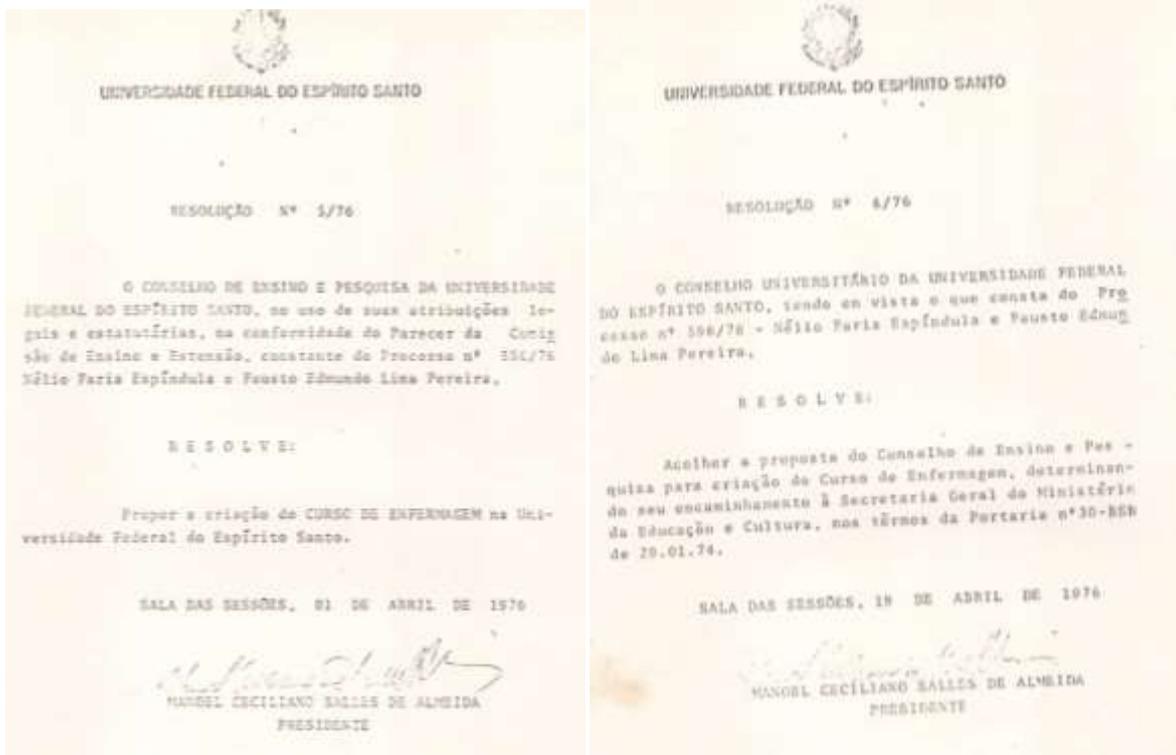
Apesar de o ES, à época, atravessar um momento de plena expansão econômica, com destaque na produção de gás e petróleo, é somente na década de 1970 que passou a integrar de forma mais efetiva o desenvolvimento nacional. Segundo Campista *et al* (2009), o investimento no âmbito da educação superior, particularmente na área de Enfermagem, teve seu início tardiamente quando comparado aos demais estados da região Sudeste. A proposta de criação da Escola de Enfermagem da UFES, através da Resolução n. 05 de 01 de abril de 1976, foi acolhida e oficializada na Resolução n.06, de 19 de abril de 1976, do CONSUN da UFES (Figura 7).

---

<sup>40</sup> Anotações do Acervo Pessoal de Dulce Rocha das Neves.

<sup>41</sup> Idem.

Figura 7: Resolução do CONSUN/UFES 1976.



Fonte: Centro de Memória do Curso de Graduação em Enfermagem da UFES.

Segundo Redins (2011), a criação formal do Curso de Enfermagem ocorreu através da Resolução n. 07/76, de 28 de maio de 1976, do CONSUN. O curso de Enfermagem da UFES adotava o modelo de ensino da EEAN/UFRJ, sob a liderança das seis docentes responsáveis pelo planejamento e implantação do referido curso, com o apoio dos gestores de saúde do estado e da universidade, com verba do DAU/MEC. Nesse processo, os primeiros passos para a implantação do Curso de Enfermagem contaram com o apoio dos médicos Thomas Thommasi e Benito Zandandrea através do Departamento de Medicina Social do CBM, ao qual ficou anexado o Curso de Enfermagem por três anos. O reconhecimento enquanto um Departamento de Enfermagem, na estrutura da UFES, ocorreu apenas em 1979, conforme evidenciado pela resolução 50/79<sup>42</sup>, do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFES (MALTA, 2016). As aulas ministradas nesta fase contavam com a participação das seis enfermeiras docentes do Curso de Enfermagem e outros médicos do CBM<sup>43</sup>.

Logo, o estado do ES foi um dos 13 estados da federação contemplados com a expansão de cursos para a formação de enfermeiras, atendendo à política nacional de

<sup>42</sup> Resolução 50/79 do Conselho de Ensino e Pesquisa da UFES no Arquivo Pessoal de Daniela Vieira Malta

<sup>43</sup> Anotações do Acervo Pessoal de Dulce Rocha das Neves.

formação de recursos humanos. Vale destacar que o reconhecimento do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da UFES pelo MEC só aconteceu em abril de 1981, conforme consta da Portaria Ministerial n. 271, de 07 de abril de 1981<sup>44</sup>.

O Curso de Enfermagem da UFES já nasce atendendo à reformulação das universidades brasileiras, ocorrida na década de 1970, com modificações estabelecidas pelo Conselho Federal de Educação (CEF), o qual propõe fundir os cursos de Enfermagem e os de Obstetrizes existentes. Assim, o primeiro currículo do curso no estado, proposto por Dulce, foi constituído de três fases: pré-profissional, tronco profissional comum (Graduação em Enfermagem) e habilitações (Acervo Pessoal da Colaboradora Dulce Neves da Rocha), conforme preconizado no parecer do CFE n. 163/72 e na Resolução do CFE n. 4/72, que dentre as mudanças para o currículo mínimo contemplava a habilitação em Enfermagem Obstétrica no artigo 4, item II, com três mil horas de atividade (OSAVA, 1997; RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Dessa forma, a chegada das docentes, em especial de Laura em 1976, com habilitação em Obstetrícia, muito interessou aos médicos que enfrentavam uma perda da força simbólica do Hospital Escola no Estado, em função do longo surto de infecção hospitalar e estavam reinaugurando a maternidade do HC, conforme será descrito no subcapítulo a seguir. Receber enfermeiras com capital institucionalizado da EEAN, para criar o curso e reestruturar o serviço de enfermagem no HC, vinha de encontro com os interesses da classe médica dominante no hospital, enquanto as docentes de enfermagem possuíam volume de capital simbólico suficiente para dominar o campo de enfermagem no hospital, retratado na ocupação das chefias de serviço.

#### 4.3 MOVIMENTOS E ESTRATÉGIAS DAS ENFERMEIRAS PARA PLANEJAR E IMPLANTAR O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS (1976 a 1979)

O empenho por mudanças contínuas realizadas pelo Curso de Medicina da UFES e a abertura do Curso de Enfermagem deram origem à “nova” maternidade do HC e, logicamente, à necessidade de recursos humanos capacitados com vistas ao ensino e à promoção da saúde e não apenas às intervenções curativista das doenças, observadas até então. Como já observado, o cuidado no hospital estava intrinsecamente relacionado com o modelo de educação para a formação profissional proposto à época, operacionalizado com a

---

<sup>44</sup> Documento localizado, na caixa do CBM, no SIARG da UFES

participação de médicos docentes na organização e na assistência do hospital, buscando transformações na prática de ensino e na saúde, conforme relatos dos depoentes entrevistados.

Havia muito *déficit* de recursos humanos, principalmente enfermeiros (C2).

Em 1976, estava como enfermeira-chefe da Enfermagem com a responsabilidade de organizar a maternidade em seu segundo momento, reabertura, até então nós não sabíamos que o hospital tinha tido uma maternidade e contei com a docente [Laura] para assumir o Serviço. Tínhamos que estar a braços abertos com as demandas que surgiam, não podíamos recusar, logo, fiquei aliviada com a chegada da docente Laura. Ela era uma enfermeira que entendia tudo de obstetrícia e assumiu a maternidade (C3).

Apesar da sólida formação técnica para atender às mais variadas demandas de enfermagem que surgiam no hospital, a enfermeira Edla não se opôs em ceder o espaço social da maternidade para a docente recém-chegada, com habilitação em Enfermagem e Obstetrícia. A docente Laura já chegou com um capital institucionalizado da EEAN/UFRJ, a qual representava na ordem social uma instituição reconhecida e dominante. Nesse sentido, Bourdieu (1998) afirma que o capital acumulado pelos agentes agrega poderes contidos nas relações sociais, incorporando atitudes de confiança e comportamentos de reciprocidade e cooperação.

No processo de reestruturação com vistas à reinauguração da maternidade, houve a lotação de docentes no HC, dotados do capital institucionalizado, sob a forma de diploma. Para Bourdieu (1998), o diploma é uma propriedade cultural, na qual concretiza o capital e assim cria as condições necessárias para o reconhecimento no campo.

Eu [Ângela] ingressei no Hospital das Clínicas em 1976, como professora convidada e contratada para implantar o Curso de Enfermagem da UFES. A primeira que chegou foi Laura, eu cheguei um dia depois e sem saber assumimos também o hospital e aceitamos o desafio. A Laura me informou de que eu seria a nova chefe do ambulatório que seria inaugurado no outro dia, ainda com a presença do Ministro da Educação e Cultura. Nós tivemos que assumir de repente... eu [Ângela] fui para o ambulatório e Laura já estava na maternidade (C2).

É um dado histórico muito importante, diz a chefe de Serviço da divisão de enfermagem à época. Tenho marcado esse fato, eu recebi a Laura, dias antes da inauguração da maternidade, que, com todas as dificuldades, eu estava montando a maternidade, logo ela foi muito bem-vinda, bem-vinda mesmo e assumiu o Serviço (C3).

Atuar na atenção obstétrica em um hospital no qual a princípio predominava o modelo biomédico tecnocrata representava administrar muitas atividades de elevada responsabilidade e muitos desafios para as jovens docentes. A maternidade objetivava um espaço diferenciado

de atenção profissional, uma vez que o parto e pós-parto possuem particularidades e requerem cuidados de enfermagem específicos com base na prevenção de complicações, no conforto físico e emocional. Nesse espaço, cabe ao enfermeiro e à sua equipe auxiliar a mulher durante a transição inicial para a maternidade e monitorar sua recuperação, além de identificar e controlar quaisquer desvios dos processos que possam ocorrer. Para muitos autores, se faz necessário um profissional com competências para além da técnica e, com isso, superar seus limites pessoais, institucionais e assistenciais (OSAVA, 1997; AMORIM, 2010; BARBOSA *et al.*, 2014).

No referido relatório do DAU/MEC o estado do ES contava com quarenta enfermeiras, em 1974, dessas apenas onze desenvolviam atividades assistenciais no âmbito hospitalar, sendo cinco delas lotadas no HC, porém com habilitação em Saúde Pública, o que se poderia traduzir em certo desinteresse pelos profissionais na área obstétrica, distanciando o enfermeiro de incorporar maior conhecimento, em sua fase de formação, voltado para a assistência direta ao parto e pós-parto, ou seja, próprios da especialidade obstétrica. Laura representava, nesse espaço, em função de seu capital institucionalizado, um agente detentor de capital científico que legitimava e até consagrava sua função.

A importância desse novo espaço no hospital, a maternidade, também pode ser percebida através da solenidade de sua inauguração, como observamos nos fragmentos abaixo.

A solenidade de inauguração foi com muita pompa, até o Ministro da Educação e Cultura veio aqui no estado (C1).

A Laura estava linda, toda no linho e de meias finas. Ela foi a escolhida para mostrar a maternidade ao Ministro (C2).

Recordo-me da solenidade de inauguração, foi linda, com muitos preparativos e pessoas renomadas, veio até o Ministro (C3).

Essa docente, na posição que ocupava, foi legitimamente responsável por apresentar o setor às autoridades presentes na solenidade de inauguração, que contou com a presença do representante do MEC. Sobre essa solenidade, cabe destacar que os rituais institucionais têm poder de agir sobre o real, interferindo sobre a sua representação, sancionando uma nova ordem social estabelecida com clareza do poder das autoridades que os instauram. A reinauguração de forma solene contribuiu para promover a visibilidade social da Enfermagem, com destaque para a Enfermagem Obstétrica. Os rituais têm a função de instituir e consagrar uma nova ordem simbólica, pois um ato de comunicação notifica a

identidade de um Serviço ou grupo, ou seja, a eficácia simbólica reside na possibilidade de proclamar a identidade de uma profissão ou uma instituição. Vale lembrar que para Bourdieu o poder quase mágico das palavras resulta do efeito que tem de objetivação e oficialização do fato, que foi nomeado à vista de todos, atestando a sua existência e reconhecimento (BOURDIEU, 1998).

Todo protocolo que envolve uma inauguração de Serviço é parte de um rito, uma vez que registra a ação criadora desse ato. Enquanto rito, permite concentrar a atenção na medida em que funciona como um quadro, portanto eternizando determinado momento. Além disso, o rito funciona como estimulador da memória, ao vincular o presente a um passado pertinente. Mais ainda, os ritos favorecem a consciência de fenômenos, sem os quais permaneceriam desconhecidos (PONTES; SANTOS, 2007). Os acontecimentos desenvolvidos em séries adquirem sentido por relacionarem-se com outros acontecimentos da mesma série (SEGALÉN, 2002). Nesse sentido, a inauguração da maternidade do HC se fez digna de conhecimento e reconhecimento por agentes que se aproximavam naquele campo em função da similaridade de capital simbólico acumulado e, externamente, ganha mais expressividade, pois é legitimada com a presença de um representante da cúpula governamental, como alguém capaz de credenciar o feito.

Bourdieu (2013) ratifica esse princípio ao afirmar que a participação em ritos, cerimônias, representações e outras, também é condição necessária da acumulação desta forma particular de capital simbólico, pois, com efeito, traduz-se em uma reputação de honorabilidade universitária, ou seja, no reconhecimento que concede todo grupo de autoridades presentes e, em contrapartida, ao reconhecimento concedido ao grupo, a seus valores, suas obrigações, suas tradições e rituais, e que através destes reafirma “seu ser e seu valor”, sob uma forma de autoridade interna relativamente independente da autoridade propriamente científica.

A despeito dessas evidências, os depoimentos obtidos informam que a reinauguração da maternidade ocorreu em 01 de agosto de 1976, em consonância com a abertura do Curso de Enfermagem, que teria o início das aulas em 16 de agosto de 1976.

Figura 8: Recorte de Jornal A Gazeta. Matrículas Vestibular, 23 de julho 1976.



A GAZETA, 23 de julho de 1976, página 5

Fonte: Arquivo Público de Vitória (UFES, 1976).

Em estudos preliminares, entrevistamos duas das precursoras do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da UFES; ambas foram unânimes em afirmar que ocorreu no segundo semestre de 1976, atendendo a uma demanda necessária para o estado e a universidade, conforme relato:

Participei da inauguração da maternidade, em 1976, mas foi logo que cheguei no estado para ajudar a montar o Curso de Enfermagem e teve primeiro a inauguração (C1).

Assim que cheguei, para o curso, estava sendo inaugurada a maternidade e no outro dia o ambulatório, no qual fui trabalhar também (C2).

No que se refere à estrutura física da maternidade, as colaboradoras relatam que a mesma necessitava de muitas adequações e equipamentos e acrescentam que o hospital era feio, sujo e inadequado para os Serviços que estavam sendo implantados.

Tudo era muito acabado, sujo e feio (C1).

Era tudo muito simples... as camas ainda eram as do sanatório. O hospital não estava preparado para ter uma maternidade. Tudo era muito feio e sujo e tínhamos pressa para organizar (C2).

Inaugurou em 1976 e Laura continuou montando a maternidade por muitos anos (C5).

Em levantamento realizado no Centro de Estudos do HC, em maio de 2013, foi possível localizar duas fotografias que registram as enfermarias do hospital nesse período. A Fotografia 4 retrata a obra realizada nas enfermarias de fisiologia para transformá-las em enfermarias de maternidade e a Fotografia 5 refere-se à forma de distribuição dos leitos e berços na enfermaria recém-inaugurada.

Fotografia 4: Enfermaria da maternidade em 1976.



Fonte: Acervo Pessoal Maria Zílma Rios.

Fotografia 5: Enfermaria da maternidade recém-inaugurada, 1976.



Fonte: Acervo Pessoal Maria Zilma Rios.

Na Fotografia 4 é possível constatar a simplicidade e o pouco investimento do espaço físico e na Fotografia 5 evidencia-se que, apesar de ser um Serviço reinaugurado, os leitos eram antigos e desgastados em função dos anos, sendo reaproveitados para a implantação da maternidade, com pouco investimento em novas aquisições para este setor. Em uma estrutura antiga como a do hospital, fez-se necessária a adequação dos espaços físicos, da higiene dos ambientes, aquisição dos materiais permanentes, na tentativa de alegrar mais o campo que, a princípio, parecia muito frio e mórbido, como registrado na figura acima. As depoentes reforçam a assertiva acima, com os seguintes fragmentos.

Na época não podia colocar enfeites nem quadros, mas ela[Laura] queria dar vida ao espaço físico, e colocava arranjo de flores nos corredores (C2).

Laura queria deixar o espaço mais bonito, mais alegre... queria pintar tudo de azul bebê (C5).

A preocupação de Laura com o ambiente físico vem ao encontro da teoria ambientalista de Florence Nightingale, que valoriza a manutenção de um ambiente estimulador do desenvolvimento da saúde para o paciente. Essa precursora da enfermagem moderna adotou conceitos que envolvem a questão do ambiente em seu componente físico, social e emocional. Em suas obras, Florence destaca a preocupação com a limpeza e

adequação do ambiente, e considera que “um ambiente negativo poderia causar estresse físico, e daí afetando o clima emocional do paciente” (GEORGE, 1993; HADDAD; SANTOS, 2011).

Assim, a docente responsável pelo Serviço de Maternidade introduziu uma visão de enfermagem para além da intervenção direta ao cliente, organizando o Serviço no que se refere à limpeza e à aparência física. Campestrini (1982) considera que a instalação mínima ideal de uma maternidade deve considerar enfermarias com espaços de 7,5 m<sup>2</sup> para acomodar uma cama e um berço, totalizando até oito leitos por unidade para o binômio mãe-filho, sendo cada leito separado por cortinas para que as puérperas possam desfrutar de certo isolamento.

Ressalta ainda a importância de uma pia de fácil acesso para higiene das mãos além de armários e *hampers* para armazenar e descartar respectivamente as roupas limpas e sujas. Para a autora, o ambiente hospitalar de uma maternidade deve ser o mais semelhante com o que ela teria em sua própria casa.

Assim, as principais alterações realizadas foram: pintura geral das enfermarias, aquisição de novas camas e berços, assim como adequação hidráulica, com lavatórios em cada enfermaria<sup>45</sup>. Estudos defendem que o ambiente hospitalar precisa atender às inúmeras exigências em seu projeto arquitetônico, sem deixar de lado a humanização dos espaços, que está vinculada diretamente ao conforto do paciente, favorecendo uma recuperação mais rápida. A realidade de um Serviço para receber a mulher saudável para parir impõe um ambiente acolhedor, mais colorido e humanizado, bem diferenciado do ambiente hospitalocêntrico da época (LEMOS, 1979; MALKIN, 1992).

As colaboradoras do estudo reforçam os investimentos na área física além da maternidade, com apoio financeiro do Curso de Enfermagem na compra de equipamentos para o hospital.

Nós [docentes do Curso de Enfermagem] compramos equipamentos para o hospital (C1).

A maternidade dividia o espaço com a proctologia e faziam cirurgia de outras áreas, ela não era exclusiva... apenas o lado esquerdo do prédio era maternidade. (...) era tudo junto ao Centro Cirúrgico e a REC [recuperação anestésica] funcionava no segundo andar, e depois foi ampliado para o pré-parto e o berçário... e lembro que o Curso de Enfermagem tinha recursos financeiros próprios e comprou muitos equipamentos para montar inclusive a maternidade (C3).

---

<sup>45</sup> HUCAM, Relatório de Atividades Hospitalares, 1980

A presença de uma enfermeira detentora de discurso autorizado na liderança do Serviço de Maternidade, com importante capital científico acumulado, possibilitou a ocupação de um campo de dominação, representando uma quebra na hegemonia do modelo médico de parto hospitalar. A atuação dessa enfermeira docente reforçava a tomada de posição desse profissional neste campo, pois foi a primeira enfermeira a assumir e realizar partos na maternidade do hospital, mesmo antes da promulgação da Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986, que passou a respaldar o exercício profissional da enfermagem. Com capital científico incorporado, Laura ocupou espaço no campo e adquiriu autoridade científica para falar e agir legitimamente enquanto porta voz autorizada daquele grupo.

Laura chegou, teve um papel muito importante, ela era alguém que entendia a respeito da enfermagem e da obstetrícia (C1).

A Laura era maravilhosa, sabia muito e fazia partos (C2).

A maioria dos partos eram normais feitos por Laura, o doutor Tommasi apoiava (C3).

A princípio, para fortalecer seu poder na gestão, a enfermeira-chefe do Serviço de enfermagem e docente do Curso de Enfermagem da UFES, Dona Edla, se aliou à docente, Laura, que acumulava grande volume de capital científico, o que contribuiu para fortalecer a ocupação no campo. Cumpre ressaltar que, na visão de Bourdieu, o campo traz a noção de espaço de posições sociais, no qual determinado tipo de bem é produzido, consumido e hierarquizado (BOURDIEU, 1998; 2005).

Nesse sentido, as enfermeiras assistenciais do HC e as seis enfermeiras docentes do Curso de Enfermagem e Obstetrícia da UFES (Fotografia 6) começaram a estruturar o Serviço de Enfermagem hospitalar, e a docente Laurinda [Laura] começou a organizar a maternidade, de modo a assegurar a eficácia e a segurança na assistência à gravidez, ao parto e pós-parto.

Foi um grande desafio montar o Serviço e a docente [Laura] aceitou (C2).

As docentes mudaram o modelo de assistência no hospital (C3).

Fotografia 6: Fotos das Docentes Pioneiras



Fonte: Centro de memória do Departamento de enfermagem /UFES

Podemos verificar que, para não decepcionar a EEAN/UFRJ, instituição a qual representavam, as cinco primeiras ex-alunas que chegaram ao estado, apesar de jovens e recém-formadas, eram docentes muito disciplinadas e competentes, com determinação e obstinação para obter êxito na implantação do Curso de Enfermagem da UFES. Para Bourdieu (2003), “os agentes agem em conformidade com intenções conscientes e calculadas”, conscientemente elaborados por programas ou métodos cientificamente definidos.

Constatamos que muitos foram os esforços para viabilizar a utilização do hospital na condição de uma instituição hospitalar de ensino, entretanto o mesmo enfrentava grandes dificuldades financeiras, e muitos de seus recursos humanos eram contratados por empresas prestadoras de Serviços, o que pode ser constatado com os relatos abaixo.

Recordo do abraço dado ao hospital, e depois entramos com rodo, vassouras e baldes, para lavar todo o hospital. A ideia foi da enfermeira-chefe, mas todo mundo ajudou (C2).

A situação era precária, éramos contratadas, regime CLT, o salário atrasava muito... Mas não nos preocupávamos tanto. Demorava mas recebíamos (C3).

Na época, eu era contratada... Demorávamos a receber (C4).

Os depoimentos acima retratam a dedicação extremada das enfermeiras pioneiras no cuidado ao paciente e com o hospital. Tendo consciência das condições precárias da instituição, as enfermeiras se doavam e se empenhavam ao máximo para cumprir seus deveres e iam além deles, executando tarefas que não lhes eram as mais apropriadas.

Essa forma de conduzir o processo de trabalho se perpetuava desde a época em que o hospital ainda era sanatório, quando, por cooperação mútua da equipe da área médica (médicos, enfermeiras, auxiliares, assistente social e nutricionista), adotavam o hospital como referência de vida, entendendo suas atividades como ações em prol da instituição, e muito além do tempo determinado em seus contratos de ofício (RIOS, 2009). Tal comportamento

conflitava com o entendimento de profissão liberal da enfermagem no Brasil, regulamentado pelo Decreto n. 2381, de 09 de julho de 1940, que, dentre outros direitos, assegura um salário mensal, como condição mínima para o desempenho do trabalho.

Em 1940, o Decreto-Lei n.2.381, de 9 de julho de 1940, aprovou o Quadro das Atividades e Profissões para registro das associações profissionais e o enquadramento sindical e dispôs sobre a constituição dos sindicatos e das associações sindicais de grau superior. O enfermeiro, como as parteiras (obstetizes), estavam classificados como profissionais liberais, incluídos neste quadro (OGUISSO, 2005).

Podemos inferir que o *habitus* primário dessas agentes, historicamente conhecidas como profissionais caridosas e religiosas, permitia que fossem “manipuladas” inconscientemente, ao ponto de se sujeitarem a essa condição precária, insalubre e com atrasos dos salários, quase sem questionamentos.

A divisão de trabalho é hierarquizada não pelos anos de escolaridade, mas no monopólio da área de conhecimento na qual reflete a valorização de seus trabalhadores de acordo com seus atributos diferenciais. Na área da saúde a divisão do trabalho envolve controle, autoridade do saber e do poder, cabendo aos médicos o monopólio do conhecimento nos quais hierarquizam as demais ocupações no campo, como é o caso da Enfermagem, que enquanto profissão, depende do conhecimento da medicina (BOURDIEU, 1998; 2004; FREIDSON, 1998).

Ao analisar as profissões, diversos autores defendem que o *status* de uma profissão não depende de seus atributos ocupacionais e, sim, de sua autonomia profissional (FREIDSON 1998). Neste sentido, podemos afirmar que a enfermagem da época não possuía *status* de profissão, por ser uma ocupação que dependia do conhecimento da medicina, tendo esta uma autoridade sobre o saber e o poder profissional. Para estes teóricos, a forma de compreender como se organiza e se mantém a autonomia de uma profissão é compreender a sua organização social e as relações entre o conhecimento profissional, a organização profissional e o mundo laico (FREIDSON, 1998).

Se considerarmos a concepção de Bourdieu (2004b), as oportunidades que um agente tem de submeter as forças do campo aos seus desejos são proporcionais à sua força sobre o campo, isto é, ao seu capital científico, ou, mais precisamente, à sua posição na estrutura de disposição do capital. Nesse campo específico, pode-se dizer que a conduta manifesta por esse pequeno grupo de enfermeiras expressava, fortemente, seu *habitus* primário, permitindo-se a realização do seu ofício profissional tal como uma doação integral, plena. Para Bourdieu

(1998b) a renovação do *habitus* necessita de tempo e de contato com as novas estruturas sociais, visto que a ação se dá de dentro para fora no comportamento dos indivíduos.

Em documento datado de 15 de janeiro de 1977, uma comissão presidida por Jayme Santos Neves e composta por Michel Silvestre Zouain Assubú, Laurentino Bicas Júnior, Dulce Neves da Rocha, Xavier Calfa, Sergio Oliveira Valentin e o acadêmico Aloísio Falqueto foi criada para análise das condições orçamentárias e administrativas do hospital, evidenciando que o mesmo adquiria contornos dramáticos para sua manutenção (REDINS, 2011).

#### O referido documento

sugeriu ao reitor Manoel Ceciliano Salles de Almeida, várias providências, entre elas a aquisição definitiva do hospital, incluindo-o como patrimônio da universidade, uma vez que o convênio que o governo de estado mantinha com o hospital, enquanto instituição da rede estadual, não supria suas necessidades de manutenção, com inexistência de verbas específicas para suas despesas (REDINS, 2011, p. 250).

Diante disto, houve pressão do corpo docente para que o hospital fosse incorporado à universidade e finalmente, depois de muitas negociações, em 5 de janeiro de 1978, o CONSUN da UFES, através da Resolução n.º. 01/78 autoriza a transferência do antigo Sanatório Getúlio Vargas para a UFES, passando a ser um hospital federal (REDINS, 2011, p. 250).

Nesse contexto, os desafios para as enfermeiras se ampliavam, pois visava garantir um campo para o ensino, além de administrar o cuidado com qualidade sem, contudo, aumentar os custos em cada processo. Uma das estratégias para melhor articular o ensino com a comunidade foi a integração do ensino com o campo da saúde. No conteúdo descrito abaixo, foi possível perceber que não havia distinção nas funções das enfermeiras ao assumir o hospital, que, apesar de serem divididas em dois grupos (docentes e assistenciais), mantiveram a filosofia do ensino e traçaram objetivo de trabalho único, com pouca ou nenhuma definição diferenciada nos papéis dos enfermeiros, seja docentes ou assistenciais.

Os primeiros momentos dessa relação hospital-escola, no que se refere especificamente à enfermagem, se caracterizou pela definição e organização do trabalho, com reconhecimento acerca da importância da presença docente, constatada na qualidade da assistência prestada no hospital e, particularmente neste estudo, conforme evidenciado nos depoimentos acerca da maternidade.

Não eram muitos médicos no hospital e todos eram professores de medicina. As enfermeiras também eram professoras. A enfermeira Valmira também foi integrada como docente, mas dona Ivete não aceitou o convite. Quem assumiu a maternidade foi a professora Laura, que era enfermeira obstetra, enquanto a professora Ângela assumia o ambulatório, e eu [Maria Teresa] a supervisão. A chefe era a professora Maria Edla e Ivete era da supervisão também (C1).

A assistência do hospital era predominantemente realizada pelos docentes [médicos e enfermeiras] e atendia para o ensino, mas acabava atendendo demanda espontânea, era 100% público (C3).

Essa trajetória inicial do Curso de Enfermagem foi marcada como um período de maior preocupação em âmbito nacional e regional sobre ensino e instituições de saúde, visando uma articulação dos hospitais universitários com as demais unidades do sistema de saúde. A partir da RU de 1968, intensificaram-se os estudos sobre a Integração Docente Assistencial (IDA), considerando um elemento de suma importância para a qualificação do profissional a ser formado e, como consequência, a melhoria da assistência desenvolvida.

Na época, o hospital contava com quatro enfermeiras, todas assistenciais. Em 1974, com minha chegada totalizamos cinco enfermeiras para assumir todo o Serviço, logo depois se fundiu o hospital com a escola e os professores assumiram muitos dos setores, dentre eles a maternidade. O docente e a enfermeira eram integradas na famosa filosofia do Ministério da Saúde e Educação, a famosa IDA (Integração Docente-Assistencial), os alunos ficavam com a enfermeira do Hospital, quando tínhamos reuniões ou aulas (C3).

O Programa IDA foi um dos recursos utilizados pelo governo federal para aproximar o ensino e os Serviços, e foi apresentado como proposta de planejamento de saúde e educação para ajustar necessidades sociais e tecnológicas, sendo definido pelo MEC como:

União de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários, em um determinado contexto de prática de Serviços de saúde e de ensino (BRASIL, 1981).

No que se refere à enfermagem, podemos constatar evidências dessa integração no plano decenal de saúde para as Américas (decênio 1971-1980), em que se fez recomendação para integrar o ensino com Serviços de enfermagem. Também no XXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, em 1973, trouxe entre suas recomendações a do entrosamento das Escolas de Enfermagem com os Serviços (OLSCHOWSKY; SILVA, 2000). Assim podemos entender que o Curso de Enfermagem criado na UFES incorporava os princípios da IDA. Cabe destacar que tal princípio já era utilizado desde a época de Florence Nightingale, que em sua essência sempre associou princípios científicos aos cuidados a serem prestados, logo,

podemos reconhecer a integração entre ensinar e o cuidar desde os primórdios da enfermagem moderna.

Então, a reinauguração da maternidade se tornava viável e ratificava a integração entre ensino e assistência, estreitamente relacionada à abertura da primeira Escola de Enfermagem no estado, em 1976, que vinha ao encontro da política do MEC que “buscava enfatizar a necessidade de mecanismo visando articulação regular, sistemática, quando não compulsória, entre os hospitais universitários e as demais unidades de saúde” (BRAGA, 1977).

O hospital era entendido pelos docentes como um espaço que contribuiria com o desenvolvimento das habilidades assistenciais dos discentes dos cursos de saúde, facilitando a implantação do Programa IDA. No entanto, tal iniciativa exigia a disponibilização de recursos humanos capazes de assegurar o pleno funcionamento do hospital, enquanto instituição de ensino, cujas finalidades eram propiciar o estabelecimento de objetivos comuns de trabalho entre instituição de ensino e de saúde, além de facilitar a formação e a utilização dos recursos humanos, de modo a produzir conhecimento e melhoria na qualidade da assistência, ensino e pesquisa (BRASIL, 1981).

Nesse sentido, recorro a Pierre Bourdieu (1998b), quando afirma em uma de suas teses da Sociologia da Educação “que os alunos não são indivíduos abstratos, mas atores socialmente constituídos que trazem, em larga medida incorporada, uma bagagem social e cultural diferenciada e mais ou menos rentável”. Sendo o seu grau variado de sucesso alcançado por sua origem social, que os colocaria em condições mais ou menos favoráveis diante das exigências escolares. A qualificação e a capacidade do indivíduo são as moedas do mercado de trabalho utilizadas amplamente no sistema de ensino e no de produção. Portanto, os alunos de Enfermagem teriam uma excelente oportunidade para capitalizar os lucros simbólicos advindos de um processo de formação profissional, em uma instituição de ensino superior de reconhecida qualidade, além de circularem entre outros discentes, de diferentes cursos, com incorporação de maior capital social.

Podemos constatar que a construção de um novo modo de cuidar para dar sustentação ao cuidado materno infantil na maternidade se principiou na gestão da enfermeira Maria Edla, na qualidade de chefe de Enfermagem do hospital, no período de 1974 a 1976. Para tanto, contou com a participação efetiva da enfermeira e docente Laura, chefe do Serviço de maternidade que, atendendo ao preconizado no Programa IDA, adotou o treinamento em Serviço como estratégia principal para que os alunos e a equipe de enfermagem desse Serviço reatualizassem o seu *habitus* profissional, conforme fragmentos das falas das enfermeiras pioneiras do Curso de Enfermagem da UFES.

Laura treinou todo mundo, ela sabia muito e os médicos a deixavam ensinar para todos (C1).

Eu não me concebia cuidar de papel e era inconformada de fazer papel burocrático que nem era gestão, logo a gente assumia o cuidado e treinava todo mundo, até as atendentes de clínica, para exercer as funções burocráticas da clínica (C3).

Tal iniciativa ia ao encontro do que era preconizado em todo o território nacional. Braga (2011) descreve a formação de um grupo interministerial instituído para estudar a situação e as perspectivas, em âmbito nacional, dos recursos humanos para a saúde e propor soluções. Dentre as recomendações do relatório realizado por este grupo, destaca-se a ação de apoio ao desenvolvimento de um programa nacional de preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde, no qual o Ministério da Saúde, para implantá-lo, celebrou em 1975 um acordo com o MEC e a OPAS. Tal acordo estabelecia os mecanismos necessários para o desenvolvimento do programa e destacava as áreas docentes e assistenciais permitindo a adequada articulação da formação de recursos humanos para a saúde. Essa política é ratificada com a promulgação da Lei n. 6.229 de 17 de setembro de 1975, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, refere-se à integração e considera os hospitais de ensino instrumentos essenciais na política de IDA.

Nessa época, a atuação da enfermeira tinha por finalidade primordial a gerência do Serviço e pouco se dedicava à assistência direta ao usuário no pré e pós-parto, sendo o parto uma exclusividade médica (OSAVA, 1997). Dessa forma, começa a se institucionalizar um novo olhar para o cuidado de enfermagem no espaço social da maternidade, com a participação e liderança de uma enfermeira docente da UFES.

Era Laura para dar conta de tudo, na maternidade, e ainda fazia parto (C1).

Ela começou fazendo parto, já veio com a especialização e ela ensinava todos os alunos a fazer parto (C2).

Para o êxito desse investimento fazia-se necessário que a enfermeira do Serviço de Maternidade contasse com um acúmulo de capital científico, capaz de sustentar essa nova perspectiva de atuação no campo universitário e, em particular, o obstétrico, com reflexos importantes no Serviço de Maternidade. Bourdieu (2004) considera o campo científico como um mundo físico comportando as relações de força e de dominação no qual as regras já estão postas e em jogo. As relações de poder estabelecidas no contexto das instituições de saúde se produzem por meio de saberes e práticas profissionais, em que circulam certos jogos de

poder. O enfermeiro é responsável pela organização do Serviço, pela orientação e supervisão do seu pessoal e pela prescrição de cuidados de enfermagem a cada usuário e, assim, administrando o Serviço com vistas à assistência qualificada a todos. Destacamos, no relato das colaboradoras, uma preocupação muito grande com o pouco capital científico de sua equipe de enfermagem, considerada despreparada para esta nova perspectiva de assistência.

Nós tínhamos muita gente que era atendente de enfermagem, que já estava na prática, mas com pouca habilidade neste novo modo de cuidar... todos conhecem esta história... Tínhamos funcionários do sanatório, todos absorvidos pelo hospital, muitos sabiam pouco (C3).

A maioria da equipe de enfermagem era atendente e do antigo sanatório e precisavam ser treinados (C5).

É importante dizer que o cuidado de enfermagem no campo Obstétrico deve ser considerado de forma mais ampla, permeando um processo interativo de ajudar o outro a se cuidar, e a equipe precisava ser preparada para isto. Vale destacar que existia à época uma preocupação muito grande com as complicações por infecções e a transmissão de conhecimento era feita de forma oral e com poucas apostilas.

Laura fazia o ensino na beira do leito, para as alunas e as funcionárias. Escrevíamos tudo que eles precisavam saber e fazer (C1).

Nós conversávamos e ensinávamos um por um (C2).

Aquelas que eram muito difíceis para aprender, eu [Maria Edla] mudava elas de setor ou de função (C3).

O cuidado de enfermagem proposto por Laura, propiciava a oportunidade de exercer atividades educacionais durante o parto e o puerpério, favorecendo a incorporação de conhecimentos específicos e necessários por parte da mãe, com vistas ao seu autocuidado e ao cuidado com seu filho. Utilizando-se da estratégia de treinamento em Serviço, a enfermeira se configurava como porta-voz autorizada na normatização da prática do cuidado naquela instituição. A legitimidade de um poder é edificada no fundamento meritocrático e racional da autoridade, e se torna indispensável acentuar a “dimensão mágica do título [enfermeira docente da EEAN/UFRJ], contra a dimensão técnica que ele oculta” (BOURDIEU, 1989; 1998).

Laura (choro) foi muito apoiada pelos médicos que gostavam dos partos dela. Ela sabia muito e estudava muito (pausa), e assumiu mesmo o parto normal e o cuidado pós-parto ensinando a toda a equipe (C1).

Laura chegou e assumiu todo parto normal e ensinava para os alunos de Medicina e de Enfermagem. Ela (risos) fazia a equipe cheirar os lóquios. Os médicos achavam um absurdo isto, mas ela falava que iríamos detectar a infecção de forma bem mais precoce. A maternidade tinha outro cheiro e os médicos começaram a acreditar que aquilo que ela fazia era importante (C2).

Considerando a importância de se reconfigurar a assistência de enfermagem no hospital, fazia-se necessário planejar investimentos no aperfeiçoamento da equipe. Assim, temos que para alguns autores a educação e o treinamento em Serviço são da responsabilidade da instituição a que se destinam aos funcionários, sendo o enfermeiro um profissional capacitado para realizar esta função. A educação em Serviço vai interferir diretamente na melhoria da qualidade do atendimento a ser oferecido ao usuário, além da incorporação progressiva de competências, que só será reconhecida à medida que a qualidade do cuidado se revele na totalidade da prática de assistência de enfermagem (TREVIZAN; FÁVERO; NUTI, 1973).

Através do treinamento em Serviço, a docente Laura pôde se aproximar da equipe multiprofissional do hospital e ao mesmo tempo reafirmar simbolicamente o seu poder, uma vez que o capital que um agente possui o legitima, dando a ele prestígio, renome e reputação determinando seu lugar (posição) de poder ou grupo no campo (Bourdieu, 1998). Outras falas convergem no sentido de reconhecer a importância da aquisição do capital científico para enunciação do discurso autorizado acerca do cuidado de enfermagem.

O ensino era muito bem conduzido, não tínhamos o enfermeiro de cabeceira, mas existia um ensino presencial e contínuo pela docente (C1).

Elaborávamos o modelo de assistência pelo conhecimento, cultura e bagagem que tínhamos do ensino... Tínhamos muito conhecimento, eu já cheguei com duas pós-graduações (C3).

Como estratégia para o ensino, a docente assumia com alunos as atividades no cuidado à mulher e à criança, colaborando para o desenvolvimento das suas habilidades e competências profissionais. Assim, o ensino na assistência de enfermagem se materializava sob a forma de um cuidado direto ao binômio mãe-filho.

Tínhamos sempre os alunos de Medicina e da Enfermagem junto com os funcionários, e eles aprendiam a fazer de tudo na maternidade (C2).

A Laura ficou muitos anos na maternidade e ela cuidava de todas as mulheres internadas (C3).

Era a professora e seus alunos que acompanhavam as mulheres na beira do leito. Todas as mães recebiam visita na beira do leito pela enfermeira professora e alunos. Era um trabalho muito bom de equipe (C5).

A implantação do cuidado direto ao paciente, no contexto até aqui estudado (1974-1979), significou uma conquista de espaço e de posição da enfermeira, no campo da obstetrícia hospitalar, contribuindo também para a inserção de mais enfermeiras no hospital. O cuidado de enfermagem no hospital sofria forte influência do curso de graduação.

Ajudamos [às docentes] a construir as normas e rotinas do hospital (C2).

A enfermeira Laura tinha adoração pela maternidade, ela era especialista. Fez as regras e normas para a equipe (C3).

A docente, enfermeira, considerou o Serviço da Maternidade como uma oportunidade para colocar em prática o aprendizado adquirido em sua graduação no Rio de Janeiro. Assim, a maternidade começava com uma assistência que atendia às políticas públicas vigentes, sendo competência do enfermeiro identificar as condições psicofísicas da mãe e prepará-la para receber seu filho, provendo equipamentos e acomodações adequadas. Outras atividades pertinentes ao enfermeiro e sua equipe foram institucionalizadas como rotina do Serviço: higiene (troca de fraldas, banho e vestuário do bebê), controle de eliminações do recém-nascido, cuidados com o coto umbilical, monitorização dos sinais vitais, amamentação, sono e repouso.

Lembro-me bem de Laura ensinando as mães a amamentar (C1).

Laura acompanhava as auxiliares e as mães no banho do bebê. Lembro que existia um pacote de curativo para o cuidado com o coto. Quem realizava era a equipe de enfermagem treinada por Laura. Tinha que anotar o aspecto do coto e detalhes do curativo (C2).

Laura fez também os treinamentos do pessoal nas normas e rotina para o Serviço. Ela inovou o papel da enfermeira na maternidade, ela exigia um cuidado completo à mulher (C3).

Laura exigia que os funcionários ensinassem a mãe a colocar o bebê no peito (C6).

A importância de um cuidado direto à mulher no ciclo gravídico puerperal se pauta nas modificações internas e externas do período pós-parto, no qual a mulher continua a precisar de um cuidado supervisionado, considerando a complexidade de fatores que envolvem esse período. A literatura é unânime em afirmar que nessa fase podem ocorrer complicações que muito vêm contribuindo nos aumentos do coeficiente de morbimortalidade materna (BARBOSA *et al.*, 2014; CASSIANO *et al.*, 201).

Além das alterações anatômicas e fisiológicas que envolvem risco à saúde da mulher nesse processo, o puerpério é um período de muita fragilidade feminina, onde todos os seus

medos, angústias e inseguranças podem vir à tona, dificultando à mulher realizar seu autocuidado e o cuidado do seu filho. Nesse contexto, o cuidado de enfermagem durante esse período vai além dos procedimentos técnicos, e deve ser favorecido com ferramentas e suporte para que a mulher possa promover a sua saúde e a de sua família, contribuindo assim na redução da morbimortalidade do binômio mãe-filho por causas evitáveis (BARBOSA *et al.*, 2014; CASSIANO *et al.*, 2015).

Dessa forma, além do cuidado direto à mulher neste período, a enfermeira deve atuar como educadora fornecendo informação e apoio para minimizar as dúvidas e as intercorrências que venham a surgir no puerpério imediato (ANDRADE *et al.*, 2015). Ao ensinar uma mãe a higienizar o coto umbilical de seu filho ou como amamentar seu bebê, o profissional de enfermagem está desenvolvendo um cuidado científico, estimulando a mãe a enfrentar os seus medos ou dificuldades, minimizando assim repercussões de impacto na vida social em curto, médio e longo prazo (BARBOSA *et al.*, 2014). Desse modo, empodera-se institucionalmente, pelo reconhecimento dos profissionais da saúde, em especial os de enfermagem e, ao mesmo tempo, consolida junto à sociedade assistida, o valor da função do enfermeiro enquanto prática social.

O histórico das instituições hospitalares, em particular o HC, traz aspectos voltados ao modelo biologicista, ao privilegiar apenas a dimensão reprodutiva no que tange à saúde da mulher, subestimando as suas necessidades enquanto mulher e mãe. Assim esse modelo distanciava a enfermeira das ações que promoviam cuidado à saúde.

Diante disso, as ações implantadas pela docente enfermeira Laura neste campo foram muito valorizadas e reconhecidas, enquanto forma singular de propor um cuidado inovador aos olhos das demais enfermeiras. Tal iniciativa ia ao encontro das políticas da educação e da saúde em meados dos anos 1970, no bojo da DINSAMI, cuja abordagem, apesar de verticalizada e reducionista, propunha melhor assistência à mulher e à criança (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009).

Era uma boa assistência, o funcionário da mãe era um e o da criança era outro; (...) as crianças ficavam separadas da mãe, não havia alojamento conjunto, e sim enfermarias e berçários. Os bebês ficavam na cama ou no colo das mães, só mamavam no peito e depois eram recolhidos novamente. Lembro-me de um carrinho com vários caixotes que passava em um determinado horário e ia entregando um bebê para cada mãe na hora de amamentar (C2).

As crianças ficavam separadas, existia um berçário sadio (C5).

Com isso, identificamos que Laura propôs um cuidado à frente de seu tempo no HC da UFES, com o intuito de auxiliar a puérpera no processo de adaptação ao papel materno, com

cuidados e informações alusivos ao exercício da maternidade. Cabe destacar que, neste cenário, ainda não se considerava o sistema de AC e as normas básicas para o seu funcionamento, sendo a mãe separada de seu filho por tempo integral. Na rotina desta instituição a criança era encaminhada à mãe a cada três horas para alimentação no seio materno. Todo o cuidado à criança era feito pela equipe de saúde responsável por cada criança.

A presença de Laura e das demais docentes no cuidado de enfermagem ao cliente no interior do hospital enfatizava que as suas fases de ensino e de cuidado eram calcadas no modelo da EEAN, visto que a sua inserção no campo seguia toda a tradição da referida escola. Ao produzir conhecimento abstrato e formal, Laura ganhou autoridade científica na profissão, e formou as bases para ditar a regra do jogo no campo da maternidade. O discurso autorizado e legitimado das docentes enfermeiras conquistou prestígio no espaço do hospital e na sociedade, permitindo a essa enfermeira acumular capital simbólico de diferentes naturezas: institucionalizado, científico, cultural e social.

Só nós [professores] usávamos o uniforme no hospital, era azul, com touca que tinha duas listras azuis, e as alunas não tinham as listras na touca. As enfermeiras do hospital usavam roupa branca, mas não aceitaram usar a touca (C1).

Trouxemos todo o ritual da EEAN: uniforme, touca e normas; eles [os médicos] acreditavam que este rigor de disciplina iria colocar ordem no hospital e fazer o hospital crescer. Laura chegou cheia de *glamour*, com o padrão de uniforme da EEAN com rede, touca, meia fina, sapato fechado e todos queriam falar com ela. Nós tentamos manter a história, mas houve muita resistência, então só nós usávamos [uniformes] e éramos chamadas de enfermeiras de verdade. Os funcionários do hospital só usavam roupa branca, não tinha nada bonitinho e começamos a organizar isto, mas eles não gostavam (C2).

A enfermagem usava o uniforme branco para toda a equipe, depois passamos para um amarelo quase champanhe, não usávamos touca, apenas meia, rede e sapatos brancos (C3).

Ao reproduzir o uniforme da EEAN, as enfermeiras docentes incorporam seu *status* dominante, mantendo o ideal de comportamento padronizado pela EEAN/UFRJ e indicando disposição para representá-la. Segundo ECO (1989), “os uniformes significam uma adesão voluntária a um ponto de vista, estando o indivíduo em acordo com os ideais defendidos, como também podem significar uma adesão exigida”. Em contrapartida as enfermeiras do HUCAM resistiram ao uso do uniforme adotado pelas enfermeiras docentes da UFES, o que pode revelar uma coesão daquele grupo que já possuía uma identidade profissional.

As estratégias utilizadas conferiram ao pequeno grupo de enfermeiras docentes a

possibilidade de enunciação de um discurso legítimo acerca do cuidado, ensejando o realinhamento de posições de poder no espaço hospitalar e na sociedade. Torna-se relevante registrar que a distribuição do capital científico garante a posição no campo e orienta a luta imposta para se manter nessa posição. Portanto “a instituição escolar pode funcionar como uma imensa máquina cognitiva operando classificações que reproduzem as classificações sociais preexistentes” (BOURDIEU, 1998, p. 80)

Com isso, o grupo manifesto conseguia o prestígio necessário para conferir-lhes a visibilidade desejada, tanto que:

A sociedade nos aceitava muito bem e nos convidava para todos os eventos (C1).

Todo mundo queria as enfermeiras da EEAN nos eventos, o uniforme nos dava *status* (C2).

Estudiosos sobre a representação do uniforme afirmam que o mesmo serve como elemento de distinção entre os grupos sociais, revelando uma posição na sociedade através da construção de uma identidade profissional. Podemos pensar que, nesse momento, o uniforme, através de uma linguagem abstrata, afirmava o *status* da profissão e servia para caracterizar o modelo de enfermeira com elevado padrão intelectual e moral, sendo um símbolo para a identidade profissional no estado (ECO, 1989; PERES; PADILHA, 2014). Para Bourdieu (1998), os símbolos (neste caso, o uniforme) são instrumentos de conhecimento, de comunicação e de construção simbólica no qual exercem um poder estruturante sobre os demais grupos.

O modelo de assistência integrada se manteve no hospital no decorrer de outras duas gestões no Serviço de Enfermagem do HC, sob a responsabilidade da enfermeira Ivete Alves dos Santos (gestão 1977-1979) e a gestão da enfermeira e também docente do Curso de Enfermagem da UFES, Paulete Maria Ambrósio (1979 a 1981). Ambas também mantiveram a docente Laura na Chefia de Enfermagem da maternidade. Essa enfermeira precisava dar visibilidade à sua competência profissional naquele espaço social, ou seja, evidenciar a existência do enfermeiro enquanto profissional com capital científico apropriado para a assistência à mulher desde o pré-parto até o pós-parto. Assim, buscou visibilidade profissional e reconhecimento social utilizando-se do seu capital científico para subsidiar e influenciar novos *habitus* no campo da maternidade.

### **5 CAPITULO 3—ESTRATÉGIAS DA ENFERMAGEM NA DÉCADA DE 1980 E OS EFEITOS SIMBÓLICOS DA RECONFIGURAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA MATERNIDADE DO HC DA UFES (1980 a 1984)**

Neste capítulo, buscamos refletir acerca da reconfiguração do cuidado de enfermagem na Maternidade, com destaque para as estratégias das enfermeiras com vistas à implantação do Serviço de AC no HC da UFES, enquanto Instituição de ensino, a fim de atender as Políticas Públicas de Saúde Materno Infantil em conformidade com a Resolução Nº 18/1983 do INAMPS.

O início dos anos de 1980 foi marcado por grandes mudanças no modelo assistencial de saúde no Brasil, muito em função do processo de redemocratização que ocorria, com desdobramentos até a realidade atual. O panorama político social vivido na década de 1980 evidenciava uma crise econômica, cuja inflação era bastante elevada. No que tange à saúde, houve a incorporação de tecnologias, exigindo investimentos financeiros. Porém, o reajuste dos custos por parte do INAMPS não acompanhou os custos com as despesas hospitalares, o que se justifica pelo declínio financeiro da Previdência Social. Essa crise também atingiu os Hospitais Universitários, pois resultou em retração de recursos para os Hospitais Escolas, por parte do MEC (MÉDICE, 1994; 2001).

No ES, a situação não era diferente, e a luta da UFES e dos docentes para adequar o HC ao *status* de Hospital Escola continuou no decorrer dos anos 1980. Vale destacar que, em 1980, o Hospital passou a se denominar ‘Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes’ (HUCAM), em homenagem ao médico e professor Cassiano que lutou pela construção de uma Universidade melhor, conforme a Resolução nº 12/80, de 23 de abril de 1980 (REDINS, 2011). A partir desse momento, essa será a denominação adotada pela autora em respeito à historicidade do estudo.

Além da mudança do nome, o HUCAM, Hospital de Ensino da UFES, igualmente ao que ocorria com outros Hospitais Escola no país, mantinha convênios com o INAMPS, além de outros convênios públicos e filantrópicos mantidos, naquele momento, como os que ocorriam com a Prefeitura Municipal de Vitória e a Santa Casa de Misericórdia. A análise de alguns documentos possibilitou identificar a preocupação do diretor do HUCAM à época, José Vidal de Moraes. Isso foi possível com a leitura das comunicações oficiais do diretor, destinadas ao MEC, com vistas, dentre outros, a evidenciar o déficit de recursos humanos e a

possibilidades de reverter tal situação<sup>46</sup>.

No início dos anos de 1980, o hospital já contava com 220 leitos, distribuídos conforme o Quadro 4.

Quadro 4: Distribuição dos leitos do HUCAM em 1980.

CLINICA MÉDICA.....	79 leitos
CLINICA CIRÚRGICA.....	52 leitos
<b>OBSTETRÍCIA.....</b>	<b>48 leitos</b>
<b>GINECOLOGIA.....</b>	<b>11 leitos</b>
ORTOPEDIA.....	11 leitos
OTORRINO.....	03 leitos
PRONTO SOCORRO.....	08 leitos
CTI.....	04 leitos

Fonte: HUCAM, Livro de Relatório de Atividades Hospitalares, 1980

Essa época retrata a atuação da enfermeira Leontina Soares de Sousa Lima Alves, na qualidade de chefe do Serviço de Maternidade. Essa enfermeira não era docente do Departamento de Enfermagem da UFES, e assumiu a liderança do Serviço da Maternidade em uma instituição de saúde cuja missão era também a de formação profissional. Vale destacar que era recém-formada, pela Escola de Hermantina Beraldo, de Juiz de Fora, Minas Gerais e que era recém-chegada ao Estado do Espírito Santo, sendo contratada no final de 1979 pelo diretor do HUCAM, inicialmente pelo período de três meses para atuar como enfermeira assistencial na maternidade, porém, ali permanecendo, por mais de um ano.

Comecei a trabalhar [no HUCAM] e o diretor me contratou e falou que eu iria trabalhar na maternidade, falou que eu iria ficar por três meses. Eu era muito pequena, magrinha e acho que ele não acreditou em mim, eles confiavam muito nas docentes, e depois ele me confirmou isto (C6).

Pouco se evidenciou a respeito da assistência de enfermagem, no que tange aos documentos analisados, pois os mesmos destacavam, principalmente, o déficit de profissionais na área da saúde. Tal atenção pode ser justificada em função da redução de 59 funcionários do quadro de servidores da UFES, lotados no HUCAM, tanto por aposentadorias quanto por óbitos<sup>47</sup>. A parceria entre o HUCAM e o Departamento de Enfermagem

<sup>46</sup> HUCAM, Relatório de Atividades Hospitalares, 1980.

<sup>47</sup> HUCAM, Livro de Relatório de Atividades Hospitalares, 1981.

continuava, o que contribuía, sobremaneira, no ensino e na manutenção da assistência aos clientes no âmbito do Hospital Universitário.

Assim, o setor de maternidade passou a contar com uma enfermeira assistencial (Leontina) e uma enfermeira docente (Laura) responsáveis pela assistência às pessoas hospitalizadas nos 59 leitos, dos quais 48 obstétricos e 11 ginecológicos, conforme elucidado nos depoimentos abaixo.

Os enfermeiros [assistenciais e docentes] davam conta de tudo, passavam visita, orientavam, gerenciavam e faziam a assistência direta ao cliente (C1).

Nesta época, o enfermeiro fazia de tudo, junto com a Laura, gerenciava e cuidava (C2).

O enfermeiro assumia os dois papéis [assistência e gerência] e conciliava muito bem (C5).

Fui contratada em 1979, e comecei a trabalhar na maternidade junto com a professora Laura (C6).

Na maternidade devia ter apenas duas enfermeiras [uma docente e a outra assistencial], mas elas eram unidas e davam conta do serviço (C9).

Podemos inferir, com esses depoimentos, que as enfermeiras atuavam nas distintas atividades, envolvendo assistência, ensino, pesquisa e administração, uma vez que essas ações compõem o cotidiano profissional do enfermeiro, com vistas ao bem-estar do ser humano. O cenário da maternidade contava à época com duas enfermeiras diaristas e seis auxiliares/técnicos de enfermagem por plantão, e as tarefas eram divididas entre elas, cabendo a elas as atividades de cuidado direto à pessoa hospitalizada, ensinar e pesquisar às docentes, através do ensino e da supervisão aos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFES, e a função administrativa do serviço ficava sob a responsabilidade da enfermeira do HUCAM, na qualidade de chefe do Serviço de Enfermagem, com funções de gerenciamento de recursos humanos, ambientais e materiais, mas com reduzido espaço para o desenvolvimento da assistência direta ao cliente, priorizando a assistência às mulheres frente as intercorrências.

Assim, percebia-se a autonomia profissional dessas enfermeiras distribuída, mais ou menos, conforme a área de *expertise*. A autonomia é um atributo relevante para o poder de uma profissão. Friedson (1998) entende que tal atributo requer a capacidade de controlar uma área do conhecimento sem depender de outros para executar sua prática rotineira. Assim podemos analisar que essa divisão do trabalho foi uma forma de dominação do campo pelas enfermeiras do HUCAM, que nem mesmo poderia ser sentida conscientemente como uma

demarcação de espaço e poder pelas docentes da UFES. Para Bourdieu, essa partilha de competências evidenciava um *habitus* profissional reconhecido, suas disposições socialmente constituídas orientavam as ações dos agentes e possuíam uma capacidade geradora de força estruturante no campo. O campo científico produz e encoraja, favorecendo a acumulação de capital e o controle do saber (BOURDIEU, 2004c).

Comecei a implantar os prontuários... fiz rotinas... eu tinha um trabalho danado. Montei as atribuições da sala de parto, das enfermarias, para as pessoas saberem como que teriam que fazer as coisas (C6).

Faltava muito material na maternidade e era a chefe [enfermeira] quem tinha que resolver. A enfermeira ficava mais na organização do serviço... ela se envolvia mais com escala e a estrutura física, na assistência ela fazia poucos curativos e as sondagens, quando as professoras não estavam com os alunos (C10).

A assistência direta não era priorizada pela enfermeira, a chefe de enfermagem [Leontina] não fazia os partos, mas treinava a equipe para prestar os cuidados [sinais vitais, banho e administração de medicamentos] no serviço materno infantil através das rotinas escritas. Ela [Leontina] fez todas as rotinas da maternidade, com todos os detalhes (C14).

Para Montezelli, Peres e Bernardino (2011), ao priorizar as atividades gerenciais, muitas vezes impostas pelas transformações curriculares da década de 1980, a enfermeira se afastava do cuidado direto ao cliente. No contexto curricular da época, destaca-se o aperfeiçoamento de métodos e técnicas de ensino dos docentes e profissionais de saúde, integrando a unidade de prestação de serviço ao sistema formador, reforçando a aceitação por parte dos agentes (enfermeiros e docentes) do *habitus* profissional dentro do HUCAM. Estudiosos dos conceitos de Bourdieu entendem que as ideias são tributárias da sua condição de produção, onde o déficit de recursos humanos poderia favorecer um *habitus* servil que, à luz dos conceitos de Bourdieu, não passaria de uma ilusão escolástica (PINTO, 2000; THIRY-CHERQUES, 2006).

A estrutura curricular dessa época atribuía ênfase ao cuidado materno infantil através da habilitação do enfermeiro na área da obstetrícia, conforme o Parecer 163 da Resolução CFE nº 4 de 1972. Sabemos então, que havia uma necessidade dos docentes em ocupar o espaço da maternidade com um cuidado integral à mulher e à criança, a fim de garantir uma formação profissional que os capacitasse a atender as necessidades do cliente e do sistema de produção do cuidado centrado no modelo médico de assistência hospitalar vigente (BRASIL, 1981; 1982). A cópia do Ofício n. 0127/1980 reforça a preocupação do Departamento de Enfermagem da UFES em atender às exigências do currículo mínimo, ao ponto de modificar o seu nome para Departamento de Enfermagem e Obstetrícia, com votação unânime, em 12

de março de 1980<sup>48</sup>. No parecer 163/1972, do Conselho Federal de Educação, constava para aqueles que realizassem habilitação em Enfermagem Obstétrica conteúdo teórico-prático referente à assistência e administração de serviços de enfermagem em maternidade e dispensatórios Pré-natais<sup>49</sup>, o que veio a reforçar a importância do papel do enfermeiro na assistência e na gerência de enfermagem. Contudo o que se observava no cotidiano profissional do HUCAM era a priorização por parte dos enfermeiros formados àquela época, no que tange aos aspectos administrativos, em detrimento do assistencial.

Assim, ser enfermeiro “chefe” representava adquirir “autonomia” na Instituição, com poder de autoridade e de decisão sobre normas e rotinas do serviço e no gerenciamento da equipe de enfermagem e, desse modo, exercendo, à época, efeitos de imposição simbólica e reconhecimento para as enfermeiras do HUCAM. Tudo isso, obviamente, exigia capital científico que, ao mesmo tempo que se produzia, se encorajava, favorecendo a acumulação de capital e o controle do saber, impondo, desse modo, um modelo de socialização que favorecia a reprodução da estrutura das relações de poder (BOURDIEU; 2004c).

Eu era quem decidia as coisas, eu era a chefe. O diretor queria uma enfermeira para tomar conta da maternidade, e eu tomei... O serviço tinha muitos problemas... e eu comecei a fazer as rotinas de serviço e Laura já havia saído do hospital, mas sempre me ajudava quando eu precisava. Eu era a chefe e sempre chamada por todos [sorriso] (C6).

No Serviço de Maternidade foi possível perceber que os enfermeiros, tanto do HUCAM como da UFES, tinham um interesse em comum, o que Bourdieu chama de *doxa*<sup>50</sup>, pautados na ocupação do campo hospitalar, esses interesses regiam e regulavam a luta pela dominação do espaço e do reconhecimento da posição até que surgisse uma nova *doxa* alternativa questionando ou desnaturalizando a anterior (THIRY-CHERQUES, 2006; BOURDIEU, 2007). A demanda das atividades administrativas/assistenciais a serem executadas na maternidade foi intensa, por se tratar de um serviço em implantação, consumindo parte significativa do tempo que a única enfermeira do setor poderia dedicar a assistência direta ao usuário do serviço.

Assim, a enfermeira do HUCAM começou a administrar e supervisionar o cuidado realizado pela equipe de enfermagem, consolidando a *doxa* (ortodoxia) e configurando no

<sup>48</sup> Processo n. 4.736/79, folha n. 24 a 26. Arquivado no Centro de memória do Departamento de Enfermagem.

<sup>49</sup> Resolução 4/72 de 25/02/1972. Arquivada no Centro de memória do Departamento de Enfermagem.

<sup>50</sup> Palavra grega que significa opinião ou crença comum. Para Bourdieu é tido como socialmente garantido ou natural no campo.

campo um novo tipo de produção simbólica do papel do enfermeiro “chefe”, no serviço. A *doxa* é tudo aquilo que é admitido pelos agentes. No caso do HUCAM, naquele momento, os profissionais de enfermagem estavam em acordo com o distanciamento da assistência direta ao cliente em detrimento das demandas administrativas do serviço.

Nesta época, tínhamos seis ou sete auxiliares e técnicos de enfermagem por plantão, todas mulheres e começamos a treinar a todos para atender as normas de serviço e realizar o cuidado direto à mulher, no qual levou tempo para implantarmos (C9).

As enfermeiras, nesta época, eram chefes e só eram chamadas nas intercorrências ou em alguns procedimentos invasivos, tipo sondagem (C10).

A chefe da maternidade até tentava fazer as coisas, mas ela era sozinha e tinha muita demanda administrativa (C11).

Podemos perceber que as tarefas administrativas começaram a ser priorizadas, valorizadas e dissociadas do cuidado direto de enfermagem. Na fala da participante, é notório o orgulho em ser solicitada para resolver questões gerenciais ou burocráticas, em detrimento da assistência de enfermagem, que ficava delegada ao próprio docente, seus alunos e demais membros da equipe de enfermagem. Embora o cuidado seja o objeto natural da enfermagem, não se pode negar a importância agregada ao título. Para Bourdieu (1998 p.167) “é indispensável acentuar a dimensão mágica do título [enfermeira chefe], contra a dimensão técnica que ele oculta”. Ser “chefe” legitima o poder pautado no fundamento meritocrático da autoridade na sociedade moderna.

Ela [Laura] era professora, os alunos ficavam com ela pela manhã. Eu não assumia o aluno não, eu [expressão de orgulho e entonação na fala] era a chefe e cuidava da escala e dos remanejamentos de funcionários, tínhamos muitas faltas naquela época. (...) A Laura ficava com eles [alunos] nos partos depois chegou outra docente que ficava nas enfermarias com o cuidado pós-parto. (...) Eu [enfermeira chefe] não tinha nenhum problema com os médicos, mas eu não fazia os partos, ficava só na chefia. A Laura fazia parto, por que ela era professora e tinha que ensinar a fazer parto (C6).

A enfermeira [assistencial] não fazia partos, e os professores já não queriam mais assumir [a gerência do serviço], apenas o ensino (C12).

Segundo Azevedo (2000), estas modificações com ênfase de prioridade na função gerencial, não só trazem novas demandas para a profissão, como também demarcam um novo desafio para o profissional enfermeiro, para o qual se impõe a conciliação das duas funções: gerência e assistência. Para Montezelli, Peres e Bernardino (2011, p.349), “a função gerencial pelo enfermeiro em nosso país ainda permanece como uma questão mesclada de dúvidas,

desentendimentos e incompreensões”.

O fato de o enfermeiro limitar-se a atividades administrativas em seu trabalho é considerado polêmico na profissão, tornando-se evidente a discrepância entre o que se espera do enfermeiro na visão teórica de enfermagem e o que se verifica ser a sua atuação cotidiana nas instituições de saúde. Para Bourdieu (2004c) os efeitos sociais das mudanças das relações entre o campo escolar e o campo social (hospitalar), trazem distinções no campo, simbolizadas por lutas internas de diferentes níveis de hierarquia. Essas lutas internas marcam os princípios de transformação do modo de cuidar na maternidade do HUCAM, pautado na percepção da enfermeira em função de seu *habitus* profissional.

Podemos entender que a divisão de trabalho entre os enfermeiros docentes e assistenciais foi uma estratégia assumida para dar conta de todo processo de trabalho do enfermeiro em um hospital de ensino, frente ao déficit de recursos humanos naquele momento. Nesse sentido, a enfermagem redefine e reorganiza seu modelo de assistência; priorizando para as enfermeiras do HUCAM as atividades administrativas em seu cotidiano, não dimensionando os prejuízos para a profissão e afastando-se de seu fazer específico na arte do cuidar. Cabe ressaltar que o cuidar é uma das atividades da enfermagem, orientada por bases conceituais, que proporciona meios para o enfermeiro assistir, planejar e gerenciar o cuidado, a equipe e o serviço de enfermagem (LOPES *et al.*, 1986; WALDOW, 1998). Diríamos, pois, que a enfermeira demarcou seu espaço e seu reconhecimento como profissional, ganhando poder e autoridade na chefia de serviço. Entretanto, acumulou prejuízos no reconhecimento de seu saber científico nas ações assistenciais e educativas para a saúde do binômio mãe-filho.

Um outro fator reforça o papel dos enfermeiros na gerência dos serviços no HUCAM, quando em meados dos anos 1980, tem-se a saída de vários docentes de enfermagem das chefias e atividades assistenciais dos setores do hospital para atender a uma exigência de capacitação *strictu sensu* definida pelo MEC. Com isso, essas enfermeiras docentes foram para as cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo. A docente Laura foi a primeira a afastar-se das suas atividades, no período de 1980 à 1982, para cursar o Mestrado em Enfermagem, em São Paulo e, não mais regressando para o HUCAM na qualidade de chefe de serviço da Maternidade, o que não significa que a mesma se ausentou do ensino na assistência da sala de parto, atuando aí por mais algum tempo.

Laura foi a primeira a sair [para Mestrado], foi quase à revelia (...) Eu me afastei do hospital em 1981, fui fazer mestrado e todos os docentes começaram a sair (C1).

A meu ver, o hospital perdeu com a saída dos professores... na maternidade Laura fazia partos e cuidava das mulheres. Com nossa saída, me parece que diminuiu a motivação, a união e a participação no cuidado... (C2).

A saída dos docentes para titulação acadêmica marcou uma queda no modelo assistencial, foi uma profunda perda para a enfermagem, no sentido de não ter estruturado o modelo proposto por nós na década de 1970, com assistência contínua na beira do leito... Em 1985 saí para o mestrado e todas as professoras já haviam saído [do hospital] para capacitação, pois era uma necessidade para o ensino na Universidade (C3).

Penso que nós, professores, nos precipitamos muito para sairmos e fazer o mestrado. Isso desmontou tudo que havíamos construído nos anos anteriores e perdemos muito espaço no hospital (C14).

A fala dos participantes revela ter sido o período de 1976-1980, gestão de Laura na maternidade, um tempo de muitas conquistas para a enfermagem materno infantil. Mas, se por um lado manifestavam satisfação com os resultados do empenho da docente, por outro, expressavam preocupação com a perda do espaço conquistado, a partir de meados dos anos 1980, no HUCAM. O reconhecimento da necessidade de acumular capital científico é exemplar no sentido de evidenciar que a posição na estrutura das relações de força define o campo. A profissão de enfermagem, em Vitória, ganhou com a capacitação dos docentes, e o Hospital perdeu recursos humanos com capital científico e disponibilidade integral na assistência direta ao cliente, sendo possível perceber uma cisão na assistência de enfermagem, considerando a dicotomia do cuidar e do gerenciar/administrar.

Os agentes estão sempre envolvidos em tentativas isoladas ou coletivas de controlar seu campo de trabalho, através de uma organização de tarefas. A saída para o mestrado foi uma estratégia de luta simbólica, inconsciente ou não, das docentes para conquistar mais espaço e prestígio na ordem dominante do campo de ensino, campo este no qual predominava o domínio médico e, em contrapartida, foi a oportunidade para que as enfermeiras assistenciais do HUCAM conquistassem posições no hospital, até então dominadas pelas enfermeiras docentes.

A gestão da época era basicamente apagar incêndio... A gestão era simplesmente administrar problemas, tínhamos muita falta de recursos humanos e isto nos dava muitos problemas. A enfermeira (L.S.S.L.A) fez o máximo dentro de suas possibilidades, e ela assume a gestão da Divisão de Enfermagem na minha saída. Com a saída da Laura para o mestrado [1980-1982], a enfermeira do Hospital assumiu interinamente a maternidade [1981-1985] (C14).

As mudanças introduzidas na prática profissional das enfermeiras do HUCAM geraram uma demanda de trabalho que se contrapunha ao modelo anterior proposto pelas

docentes da UFES. Em entrevista, a docente (P.M.A), no dia 13 de abril de 2016, em sua residência, relata que, no início dos anos de 1980, período de sua gestão, na Divisão de Enfermagem do HUCAM (1979-1981) *já não existia mais tanta disponibilidade dos professores para assumirem o hospital, e as enfermeiras do HUCAM começaram a ficar sozinhas nas chefias de serviço*. Nessa época, afirma outra depoente:

Eu estava na chefia de setor e o hospital já contava com mais de seis enfermeiras contratadas e as docentes que foram entrando no Departamento de Enfermagem da UFES, foram se recusando a assumir o hospital. (C14).

Vale destacar que, no início dos anos de 1980, ingressavam no hospital os primeiros enfermeiros formandos no Curso de Graduação em Enfermagem da UFES, conforme registro da depoente, a seguir:

Eu fui da primeira turma e fui contratada para a docência, alguns colegas foram contratados para a chefia nos setores do hospital (C11).

Compreender a chegada e as ações desses enfermeiros no HUCAM nos permite entender de que maneira se inseriram na dinâmica de trabalho da instituição. Nessa nova divisão de trabalho, os enfermeiros tentaram definir, estabelecer e renovar continuamente as suas posições no Hospital e no Departamento de Enfermagem da UFES. Por se tratar, de profissionais recém-formados, ainda não priorizavam as ações de preceptoria no hospital. Segundo a depoente:

Os enfermeiros do HUCAM não tinham a consciência de que o principal cliente é o aluno, e que nosso papel era de apoio ao ensino. Eles queriam chefiar... (C5).

Segundo estudos de Azevedo (2000) e de Montezelli, Peres e Bernardino (2011), entre outros, é no contexto dos anos de 1980 que o Sistema de Saúde buscava se adequar ao Documento Oficial da XXXII Assembleia Mundial de Saúde, realizada em Genebra – 1979, com estratégias para implantar, à princípio, a Declaração de Alma Ata, onde em seu artigo V propugnava o “alcance por todos os povos do mundo no ano 2000 de um nível de Saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva”. Surgindo, assim, uma nova maneira de entender a enfermagem como uma profissão com autonomia relativa, inserida em um contexto social. A função de gerência/assistência no trabalho do enfermeiro tornava-se essencial no enfrentamento dos desafios propostos por um novo sistema de saúde.

Segundo Fernandes (1985), os enfermeiros contratados recém-formados vivenciaram

seu processo de formação profissional em uma década de muita reflexão sobre a prática profissional, na qual lhes suscitava algumas preocupações de âmbito profissional, tais como: preocupação sobre seu valor, do seu alcance e de suas relações com a sociedade. Há que se pensar nos constituintes do *habitus* profissional dos agentes envolvidos determinando atributos próprios capazes de influenciar nos saberes, práticas e valores da identidade profissional do enfermeiro assistencial em relação aos do enfermeiro docente.

Nessa direção, Bourdieu (1994,2007) assinala que o *habitus* traduz exatamente o modo de ser do indivíduo [enfermeiro docente e enfermeiro assistencial], contemplando *características específicas* que nos auxiliam na compreensão da prática profissional de ambos. Onde um é cobrado para o ato de ensinar, e busca cada vez mais investir na incorporação de capital científico e acadêmico, de modo a conservar a sua posição no campo e, o outro, que em sua graduação é capacitado para gerenciar o cuidado de enfermagem; administrar recursos humanos, físicos e materiais; e cuidar, com poucas ou nenhuma chance de investir, naquele momento, no âmbito do estado do Espírito Santo, no sentido de reatualizar seu *habitus* profissional, através de cursos de especialização, atualização, dentre outras possibilidades.

Podemos perceber, nessa gestão, que nas relações entre enfermeiras do HUCAM e as enfermeiras docentes da UFES já existia alguma tensão e conflitos, em vez da harmonia e da complementaridade observadas no início da década de 1970. Assim enfermeiras docentes e enfermeiras do HUCAM mantinham lutas simbólicas, nas quais estavam em jogo interesses, por um lado, da conservação do modelo dominante de cuidado proposto pelas pioneiras, representado pela ocupação dos espaços pelas docentes e, por outro, contra os interesses de subversão da ordem dominante no interior do campo, qual seja a ocupação destes espaços pelas enfermeiras assistenciais do HUCAM, no âmbito deste último. Segundo Bourdieu (2004b; 2005), os agentes necessitam adquirir mais capital para conservar ou conquistar posições em um campo. Assim, fazem uso de estratégias de lutas que os colocam em um jogo de interesses de reprodução contra os interesses de subversão.

Quando eu voltei [do mestrado], o corpo docente da UFES já era outro e os enfermeiros do HUCAM também. Tinham entrado várias professoras na UFES egressas de São Paulo, e outras enfermeiras no HUCAM. Nós, as pioneiras, também tivemos que nos reorganizar e nos adaptarmos a todas elas. O hospital não nos quis mais [docentes], as enfermeiras do HUCAM foram bastante resistentes e não abriram o mesmo espaço de antes. E no fundo, nós docentes também não queríamos mais assumir o hospital (C13).

Os professores começam a sair para o Mestrado e quando voltam já não assumem mais o hospital, apenas ocupam o espaço como campo de estágio. A gestão no

HUCAM, à época, era simplesmente administrar problemas, já estávamos cansadas de tantos problemas para resolver. Nós [professores] não queríamos mais isto [chefias do hospital]... queríamos fazer pesquisas, e as novas docentes, que chegaram de São Paulo, se recusaram a assumir chefias de setores no hospital. Havia conflito entre nós docentes e entre elas [enfermeiras assistenciais] (C14).

Com os depoimentos obtidos foi possível evidenciar a luta simbólica entre os agentes da enfermagem. A princípio, entre enfermeiros do HUCAM e docentes da UFES e, depois, entre os próprios enfermeiros do HUCAM e os docentes entre si. Nesses conflitos já não se entendiam e nem respeitavam as determinações da chefia de Enfermagem. Essa distinção entre os grupos no interior do espaço universitário, pondo-se de um lado os agentes do Hospital Universitário e do outro, os docentes do Departamento de Enfermagem da UFES, é evidenciada, em parte, em função do capital acumulado pelas enfermeiras docentes através da realização do Curso de Mestrado que lhes impunha novos desafios profissionais, dentre os quais, o da pesquisa, importante produto de reconhecimento no campo acadêmico e científico. A incorporação desses capitais revela um campo de poder (ou universitário) que, ao considerá-lo em seu conjunto, não se consegue dominação absoluta do segundo grupo sobre o primeiro, o que se tinha, então, era uma coexistência concorrencial de vários princípios de hierarquização relativamente independentes, o que podemos denominar de ruptura herética (BOURDIEU, 2013).

Essas estruturas, Hospital Universitário e Departamento de Enfermagem, na figura de seus agentes, representavam poderes diferentes entre si. Porém, ao tempo que são concorrentes também são complementares, ou seja, pelo menos em certas relações, eram solidários. De fato, partilhavam de interesses comuns, devendo a ambos os grupos parte da sua eficácia simbólica, ao fato de nunca terem sido completamente exclusivos, pois o prestígio intelectual exige uma forma muito especial e circunscrita de poder temporal, período necessário para que se acumule o suficiente capital científico (BOURDIEU, 2013).

Os trechos de depoimentos abaixo demonstram algumas lutas simbólicas, no sentido de redefinição dos espaços e do poder entre os enfermeiros assistenciais e as docentes do Departamento de Enfermagem da UFES.

Professor fica com o aluno e pode ensinar a fazer parto e o enfermeiro com o hospital. O doutor Vidal me chamou e perguntou se eu queria ser a chefe e eu disse que poderia tentar, pois nós não queríamos mais as docentes mandando (C6).

Era muito difícil para as professoras ter toda aquela responsabilidade com os alunos e ainda a chefia dos setores do hospital. Eu não achava que era fácil para elas e a chefia tinha que ser dos enfermeiros do HUCAM e não dos professores. As docentes foram as únicas enfermeiras a fazer parto no hospital, depois que a professora saiu da chefia da Divisão de Enfermagem, nenhuma enfermeira assistencial fez parto. A

Laura foi a que ficou mais tempo, as outras tiveram que mudar de campo e foram para a Santa Casa e o Hospital Dório Silva, pois nem os médicos queriam mais as enfermeiras fazendo o parto... Os professores não queriam mais, não eram mais chefes no Hospital... eles queriam sair para estudar mais, e nós enfermeiros assumimos tudo (C9).

Depois da saída de Laura não teve mais ninguém da docência na chefia da maternidade, e nenhuma enfermeira fez parto depois dela, os médicos não queriam deixar mais. Chegou outra docente, especialista em obstetrícia, mas não fez partos no HUCAM. Ela teve que ir para a Santa Casa, pois o campo do HUCAM não era mais nosso (C14).

Podemos perceber, na fala das participantes, um realinhamento de posições entre os enfermeiros do HUCAM, os enfermeiros docentes, e até mesmo dos médicos, ficando o parto aos cuidados da medicina, o cuidado direto ao cliente realizado pelos docentes, quando associado ao ensino e à gerência do serviço de enfermagem pelas enfermeiras do HUCAM. Esse fenômeno não é raro nos diferentes campos de atuação, uma vez que as posições podem ser alteradas, a estrutura de um campo não é permanente e se reproduz em função dos resultados das lutas internas e das influências externas (BOURDIEU, 1994; 2004b).

Ao assumirem os cargos de chefia do HUCAM as enfermeiras assistenciais ocuparam posições que sobrepujam a função do ensino, reproduzido pelo ato de cuidar. Assim, a divisão de trabalho da enfermagem, nesse período (1980 a 1984), fez com que o enfermeiro do HUCAM priorizasse as suas atividades administrativas, de modo a aumentar o desafio para conciliar o cuidar e o gerenciar na assistência de enfermagem. Isso distingue os grupos no sentido de que todo conhecimento é condicionado pelo *habitus*, ou seja, a forma como o capital (conhecimento científico) é repartido dispõe as relações internas ao campo e a forma como os bens são produzidos, consumidos e acumulados (BOURDIEU, 2005).

Os anos seguintes, em especial 1984, foram contratados, para atuarem no HUCAM, 53 servidores, dos quais 17 eram da equipe de enfermagem. Essas admissões ocorreram sob a forma de contrato com a Fundação Ceciliano Abel de Almeida (FCAA) e visavam também atender a proposta do Hospital, como Instituição de ensino. Vale destacar que desSe quantitativo, o serviço de enfermagem contou apenas com o acréscimo de dois profissionais, pois 15 foram demitidos, conforme ilustrado na primeira linha do recorte do documento a seguir.

Figura 9: HUCAM, Coletânea de dados hospitalares, 1984.

ACRÉCIMO DE PESSOAL POR ÁREA DE SERVIÇO - 1984

Nº DE ORDEM	SETORES	ADMISSÃO	DEMISSÃO	INCREMENTO DE PESSOAL
01	- Enfermagem	17	15	02
02	- Banco de Sangue	02	-	02
03	- Laboratório Patologia	02	01	01
04	- Recepção	02	02	-
05	- Limpeza e Conservação	03	01	02
06	- Nutrição e Dietética	05	01	04
07	- Lavanderia e Bouparia	03	01	02
08	- Triagem	01	-	01
09	- Manutenção	11	03	08
10	- Administração	08	02	06
11	- Transportes	02	02	-
12	- Radiologia	02	02	-
13	- Laboratório de Análises Clínicas	07	01	06
14	- Setor Clínico	18	02	16
15	- Ambulatório	04	01	03
	<b>. TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>34</b>	<b>53</b>

- Em 1984 foram admitidos 53 novos servidores da 3ª etapa de expansão do hospital.

**Fonte:** Acervo Pessoal de Maria Zilma Rios.

A análise dos Relatórios de Atividades Hospitalares de 1981 a 1984 evidencia uma queda no contrato de profissionais através da FCAA e um aumento gradativo do número de servidores admitidos pela própria UFES (60%) para lotação no HUCAM<sup>51</sup>. Uma das conquistas importantes para o HUCAM foi o aumento do quantitativo de enfermeiros, que se deu através do primeiro concurso, com 8 vagas destinadas ao Hospital. Assim, a Instituição passou a contar com 17 enfermeiros para atender os 263 leitos hospitalares<sup>52</sup>.

<sup>51</sup> HUCAM, Relatório de Atividades Hospitalares, 1981.

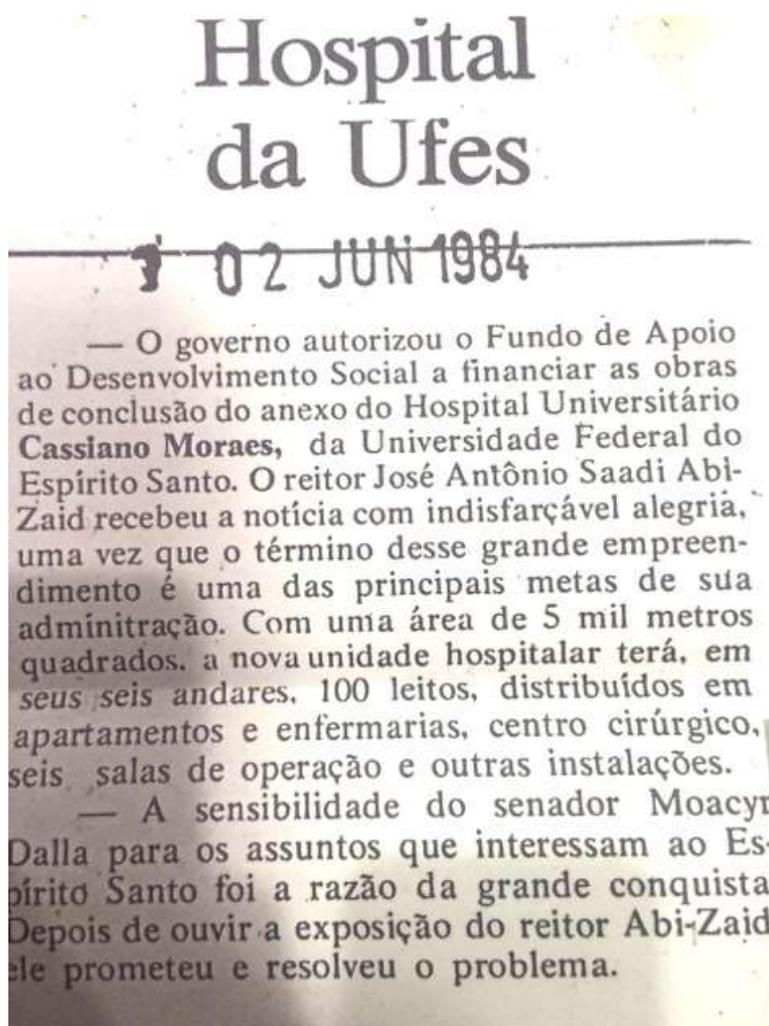
<sup>52</sup> HUCAM, Coletânea de dados hospitalares, 1984.

Um fato importante foi o primeiro concurso para o Hospital, com 8 vagas e nós [enfermeiras] elaboramos as provas: entrou S.A.P, que veio do Rio de Janeiro, D.S; F.C; [estas já eram técnicas no hospital e recém-formadas da UFES] e outras (C6).

Tivemos um concurso na década de 1980 e entrou alguns profissionais. Contratamos mais enfermeiras, egressas da segunda turma de formandos da UFES (C14).

Apesar do déficit de recursos humanos, os documentos evidenciam um período positivo para o HUCAM, com a expansão da área física do mesmo, através de financiamento pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social para as obras de conclusão do novo anexo do hospital<sup>53</sup>.

Figura 10: Recorte de Jornal expansão do HUCAM.



Fonte: Acervo pessoal de Maria Zilma Rios.

<sup>53</sup> Jornal A Gazeta, 02 /06/1984. Acervo Público de Vitória - ES.

No contexto Nacional, no ano de 1984, os Hospitais Universitário enfrentavam dificuldades, com greves dos funcionários federais e médicos residentes, conforme registrado no Jornal do Brasil de 26 de agosto de 1984 (MENTONI, 1984), onde se protagonizava mais uma crise financeira, com ameaças de fechamento de 31 Hospitais Universitários, representando uma paralisação geral dos atendimentos aos segurados da Previdência Social.

Figura 11: Jornal do Brasil, 26 de agosto de 1984.



Fonte: Arquivo Pessoal de Maria Zilma Rios.

Constata-se, nos documentos do HUCAM, que mesmo em condições adversas os funcionários do hospital não aderiram à greve de 1984, sendo esse compromisso valorizado, conforme elucidado no recorte do Relatório da Superintendência do HUCAM encaminhado à UFES<sup>54</sup>.

Houve necessidade de negociação com a enfermagem para não gerarmos insatisfação incontrolável (...) Certamente modificaram padrões de atendimento, sem muito prejuízo (...) graças ao elevado grau de responsabilidade da grande maioria dos funcionários (...) em todos os níveis de atenção. (...) Não houve greve no HUCAM, o funcionalismo cumpriu sua missão com dignidade e não sem enormes sacrifícios. Em relação as demais universidades que pararam por quase cem (100) dias” (HUCAM, coletânea de dados, pg. 36 e 37; 1984).

Temos que reconhecer o mérito da gerência de enfermagem, que não deixou parar o serviço na greve... Nesta época as enfermeiras assumiam todo o hospital, não tínhamos mais as professoras nas chefias e fazíamos um trabalho brilhante (C5).

Enquanto enfermeiros, esses agentes, recém contratados, buscaram definir seus espaços, com a saída dos docentes e a greve nacional, se posicionando como líderes da equipe de enfermagem, pois, ao assumirem a função de gerência e tentar administrar o serviço de enfermagem durante a greve nacional, os enfermeiros se distanciaram, ainda mais, do cuidado direto ao cliente, em especial na maternidade, onde, após o afastamento de Laura, em 1981, ficou cada vez mais distante a atuação direta da enfermeira no parto e nos pós-parto. Assim, essa gestão (1980 a 1984) é marcada por liderança das enfermeiras do HUCAM, momento em que a Divisão de Enfermagem e as chefias dos setores, dentre o qual destacamos, particularmente, o Setor da Maternidade, neste estudo, começam a assumir o pleno controle do hospital.

As enfermeiras do HUCAM não tinham tempo e nem visão para o ensino, focavam na supervisão do serviço. Cada setor tinha uma enfermeira chefe (C13).

As enfermeiras assistenciais tinham que fazer o serviço acontecer. A chefe de enfermagem do setor cobrava muito de todos da equipe e fiscalizava prescrições e medicações (C14).

Contemplando o que era admitido pelo grupo de enfermeiras do HUCAM, as mesmas se ocupavam com funções administrativas e, como resultado de suas ações, reproduziam o poder necessário à manutenção do *status* de chefe. Para Bourdieu, enquanto integrantes de um campo, não podemos ver com clareza as determinações inscritas no *habitus*. A adesão doxial

---

<sup>54</sup> HUCAM, coletânea de dados, pg. 36,37; 1984.

de assumir prioritariamente a função administrativa na enfermagem gerou encantamento para as enfermeiras em ocupar um espaço com possibilidades de reconhecimento e autoridade no Hospital, diferentemente daquela que se tinha conquistado até então, quando da participação efetiva das enfermeiras docentes nos cargos de Chefias do HUCAM, pois, antes, o reconhecimento se dava pela proficiência no conhecimento especializado das enfermeiras docentes, expresso no cuidado de enfermagem e na gestão deste.

No que se refere à maternidade, a primeira metade da década de 1980 foi marcada pelo esforço, sob a liderança da chefe de enfermagem, em instituir naquele setor o sistema de AC. Conforme descrito na Portaria nº 1016 de 26 de agosto de 1993, Alojamento Conjunto é

(...) um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho.

O sistema de AC merece atenção especial dos profissionais de saúde, dentre os quais destaca-se o enfermeiro, que tem atribuições voltadas à assistência integral ao binômio mãe-filho, pois atua estimulando o vínculo entre ambos, e permite melhor orientar as mães sobre a saúde e os cuidados de seus filhos (PINTO *et al.*, 1998).

Considerando o AC um espaço físico ideal para ensinar as práticas relacionadas ao autocuidado feminino e o cuidado cotidiano das crianças, o enfermeiro tem função primordial na assistência direta e indireta ao binômio mãe-filho, transformando simples ações, como o banho, a troca de fraldas, o curativo do coto umbilical e a amamentação, em saberes especializados, científicos e autorizados, à época. No que concerne ao cuidado à mulher no parto e pós-parto, a literatura é unânime quanto à necessidade de cuidar, ensinar e empoderar a mulher. Para Paulo Freire<sup>55</sup> (1987), empoderar é a “capacidade do indivíduo realizar, por si mesmo, as mudanças necessárias para evoluir e se fortalecer”. Outros autores definem como: conscientização; criação; conquista da condição e da capacidade de participação. O empoderamento é muito mais do que adquirir competências e habilidades, envolve a compreensão de ser e a necessidade de fazer escolhas (PORTO *et al.*, 2011).

Em entrevista com a enfermeira chefe da Divisão de Enfermagem, foi possível constatar que, juntamente com as enfermeiras docentes, em 1984, tentaram propor esse modelo de cuidado na maternidade, determinado pelo extinto INAMPS através da Resolução nº 18 de 1983, cujo propósito era o de unir o binômio mãe-filho e resgatar uma integração

---

<sup>55</sup> Um dos principais educadores brasileiros, foi o primeiro a traduzir o termo *empowerment* para o português.

ensino-assistência como base para uma boa formação profissional e uma assistência com qualidade no HUCAM. Os depoimentos abaixo evidenciam que as mudanças para tentar implantar o AC ocorreram com muitas dificuldades a vencer, em virtude das inúmeras resistências por parte da equipe de saúde.

Não foi fácil, me lembro que a chefe de enfermagem estudava muito, aquela papelada [documentos trazidos por Laura] para tentar convencer os médicos, demais enfermeiros e sua equipe de enfermagem (C5).

Teve resistência maior do pessoal de enfermagem. Todos os profissionais de saúde me desanimavam, mas principalmente os auxiliares de enfermagem resistiam, dizendo que o Alojamento Conjunto não ia dar certo. Eu falava com eles que já existia experiências positivas no Brasil e em outros países, que já tinha começado, que tínhamos que aprofundar e estudar para colocar em prática, mas eles ignoravam (C6).

Fiz funcionar, por partes, deixava mães e bebês juntos durante o dia e separados à noite, houve muitas brigas por falta de recursos humanos na enfermagem, eles não queriam assumir o binômio mãe e filho (C9).

Tínhamos Recursos humanos insuficiente, já estávamos com 40 enfermeiros no hospital, e nada do cuidado na beira de leito e da implantação do AC (C4).

Considerando o processo e a organização do trabalho de enfermagem no contexto deste estudo, podemos salientar a dificuldade de recursos humanos e de materiais para um desenvolvimento adequado desse novo modelo de assistência de enfermagem à saúde da mulher e da criança. Ao se pautar no gerenciamento do serviço, ditando normas e rotinas, muitas vezes rígidas, a enfermeira deixa escapar as múltiplas possibilidades de entrelaçamento do cuidar e do gerenciar, proposto pelas políticas públicas daquele momento.

Nesse cenário, a resistência da equipe se baseava na queixa de déficit de recursos humanos, em especial o de enfermeiros e de sua equipe de enfermagem. Não foi possível constatar em documentos o método utilizado para se calcular o dimensionamento de pessoal de enfermagem à época. É importante lembrar que, nesse período, a maioria dos hospitais brasileiros utilizava o método intuitivo para cálculo de pessoal, pautado na experiência e nas habilidades dos enfermeiros, baseado no Sistema de Classificação de Pacientes (SCP)<sup>56</sup>, como metodologia para cálculo de recursos humanos. Segundo Fugulin (2005), o SCP determina o grau de dependência de um paciente em relação ao cuidado prestado pela equipe de enfermagem, possibilitando à enfermeira estabelecer o tempo despendido nesse cuidado, avaliando e adequando sua equipe de enfermagem para atender às necessidades plenas do indivíduo.

---

<sup>56</sup> O Sistema de Classificação de Pacientes - SCP, é uma metodologia utilizada, a partir dos anos de 1960, para cálculo de recursos humanos.

Não localizamos escalas ou registros do quantitativo exclusivo da equipe de enfermagem na maternidade. Contudo, os depoimentos são unânimes no que se refere a um déficit de recursos humanos. Como o cálculo a ser realizado à época se baseava no método intuitivo ou na gravidade do paciente internado, através do SCP, podemos inferir que, por se tratar de um serviço com pacientes em sua maioria estável sob o ponto de vista clínico, fisicamente saudável e autossuficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas, os recursos humanos destinados a esse setor deveriam ser o mínimo possível, conforme elucidado nos fragmentos de fala abaixo.

Me lembro que houve resistência para a implantação do Alojamento Conjunto, principalmente pela equipe de técnicos de enfermagem, que viam como sobrecarga de trabalho e falta de pessoal para dar conta da demanda... (C4)

Existia um modelo de cuidado, onde mãe e bebê eram cuidados juntos, mas por equipes diferentes, que dificultava um pouco a assistência (C5).

A princípio a equipe de enfermagem estava contra, não tínhamos recursos humanos para isto. Muita gente falava para mim: que quando a gente aprende/estuda tudo é muito bonito no papel, mas aqui, na maternidade, era diferente e não iria dar certo, não tinha pessoal (C6).

Assim a assistência de enfermagem na maternidade do HUCAM, a princípio, se desenvolveu a cargo da docência e dos alunos do Curso de graduação em Enfermagem, onde atuavam orientando as mães com o banho do recém-nascido, os cuidados de higiene e apoiando as puérperas e as lactantes e lactentes nas dificuldades da amamentação. Tais cuidados proporcionavam para o futuro enfermeiro as habilidades necessárias para a sua atuação profissional. Essa percepção aparece nos depoimentos dos ex-alunos entrevistados.

Eu, enquanto aluna, fazia o cuidado direto, quase em todos os setores que passávamos no hospital. Na maternidade visitávamos mãe por mãe e ajudávamos nos cuidados com o bebê (C15).

Me lembro da professora ensinando cuidar do coto umbilical e onde registrar este cuidado. Tinha muito orgulho e me achava importante ao registrar meu cuidado no prontuário, naquele tempo dito do médico (C7).

As participantes deste estudo relatam que a chefe da maternidade tentou “impor” que a equipe de enfermagem do hospital assumisse todo o cuidado materno infantil.

Me lembro em meados de 1980 quando Laura, que ainda estava em Vitória, chegou me falou que precisávamos implantar o Alojamento Conjunto. Ela me deu as coisas [documentos] para ler, os formulários que ela tinha recebido de um treinamento do Ministério da Saúde, sobre como implantar o Alojamento Conjunto... Eu até me questioneei se isto daria certo, mas depois que eu li bastante, vi que ia dar certo.

Acreditei que tinha chance de dar certo e tentei implantar, fiz rotinas e treinei a equipe (C6).

Me lembro que a chefe de enfermagem chegou no berçário e nos avisou que iríamos assumir as crianças e as mães da maternidade... foi um susto e um ato de imposição (C7).

Através de material escrito com normas e rotinas, a chefe determinou as funções da enfermagem definindo o horário do banho das mães e dos bebês, da administração de medicamento, da aferição dos sinais vitais, das palestras e de levar o recém-nascido até a mãe para mamar, entre outros cuidados. Com a autoridade própria da sua posição enquanto enfermeira, tentou sustentar as práticas de cuidado, antes sob o domínio das docentes na maternidade, reproduzindo uma violência simbólica. Para Bourdieu (1998b), no contexto das instituições de ensino sempre existe uma violência inerente e inevitável, pois toda ação pedagógica reproduz a cultura dominante, na qual a enfermeira, para atender às políticas vigentes à época, impôs o modelo de AC consolidado a nível Nacional.

Na realidade social do HUCAM, gerou um *habitus* de desigualdades, nas maneiras de trabalhar, entre discentes, auxiliares ou técnicos de enfermagem e enfermeiros, uma vez que o dimensionamento de recursos humanos da equipe de enfermagem do HUCAM era bem menor que o quantitativo de discentes no período de estágio, comprometendo a plenitude do cuidado de enfermagem. Sua autoridade reproduziu uma violência não explícita, mas percebida pela equipe de enfermagem, pois, na ausência de docentes e discentes, o cuidado ficava fundamentalmente a cargo da equipe de enfermagem, gerando grande insatisfação e resistência ao modelo.

Era loucura, só tinha um enfermeiro no setor, e a chefe queria que este enfermeiro liderasse a equipe, passasse todas as sondas vesicais, trocasse os curativos dos abscessos de parede e ainda tinha que fazer palestras de alta e ajudar as mães na amamentação. Não tinha como, era muita coisa para uma pessoa só (C7).

Quando tinha alunos era bom, mas nos fins de semana e feriados trabalhávamos dobrado, ficava muito pesado para nós [enfermeiros e técnicos de enfermagem do HUCAM] e boicotávamos tudo. A chefe de enfermagem exigia que tínhamos que fazer tudo, mas não tinha como ajudar as mães a amamentar, as crianças mamavam toda hora, e a cuidar do bebê, além de fazer medicação, sinais vitais, auxiliar nos banhos e outras atividades, fazíamos apenas o que estava prescrito pelos médicos (C10).

Aos olhos de outros colaboradores do estudo, a primeira tentativa de implantação do AC, na década de 1980, foi arbitrária e autoritária, gerando sobrecarga de serviço para a equipe de enfermagem, fazendo com que muitos não apoiassem a prática preconizada. Nesse sentido os colaboradores relatam que:

As coisas vinham de alguém de cima e mudavam de uma hora para outra. Isto trazia desconforto para equipe de enfermagem e às vezes resistência ao trabalho e ao profissional (C5).

Houve algumas resistências da enfermagem, mas a maioria dos funcionários do berçário foram remanejados para a maternidade e obrigados a atuar no Alojamento Conjunto (C6).

Isto [o alojamento conjunto] não era bom e demorou bastante para que todos assimilassem que o mesmo funcionário tinha que cuidar da mãe e do bebê. (...) A ordem vinha de cima para baixo, e tinha que implantar, não tivemos escolhas, pois a chefe queria que fosse assim (C7).

Na minha opinião, o alojamento conjunto é muito melhor para mãe e para criança, mas era difícil cuidar da mãe e do bebê ao mesmo tempo, sem ter mais gente na escala. Me lembro que nós resistimos ao máximo (C10).

Assim o serviço de maternidade passou a ser um campo de prática onde a assistência direta à mulher e a criança era desenvolvido no papel do enfermeiro docente, com pouca participação da equipe de enfermagem do Hospital, evidenciando um descompasso entre o que a instituição tinha como compromisso e o que de fato se realizava. É possível perceber que, para a equipe de enfermagem do HUCAM, a missão de trabalho estava ancorada na supervisão da assistência, não tendo que priorizar o cuidado direto e as ações educativas para o binômio mãe-filho.

As reações registradas neste estudo vêm ao encontro do que prevalece na literatura que trata do tema, onde se evidencia que, apesar da Resolução Nº 18/1983, que trata do AC, algumas dificuldades são vivenciadas pelos enfermeiros para implantar e manter tal ação, seja por falta de recursos humanos e físicos, seja pela escassez de materiais, na maioria dos hospitais. Dessa maneira, verificou-se que a proposta de implantação do AC se deu no HUCAM de maneira impositiva, desencadeando resistência e falta de comprometimento com a assistência prestada.

Neste sentido, o AC foi campo de poder, onde ocorreram disputas para preservar ou modificar o domínio do enfermeiro no espaço social da maternidade. Ao impor o modelo de AC, a enfermeira usou o poder simbólico que lhe foi conferido para manutenção dessa condição, reforçada pela função gerencial. Contudo, essa estratégia não foi suficiente para que todos os profissionais reatualizassem o seu *habitus*, como queria a chefe da Divisão de Enfermagem. Para entendermos como este processo é desencadeado, recorreremos a Bourdieu (2005), quando se refere ao *habitus* enquanto matriz de onde se derivam as escolhas dos agentes, feitas ao longo da vida. Como princípio de percepção e apreensão, dispõe e norteia o agente em suas ações, influenciando e produzindo seu *habitus* em posições de se perceberem em relação ao outro.

Existia um modelo de cuidado onde mãe e bebê eram cuidados por equipes diferentes, que dificultava um pouco a assistência (C3).

Tínhamos o funcionário da mãe e o da criança. Isto não era bom e demorou um pouco para assimilarem que o mesmo funcionário tinha que cuidar da mãe e do bebê (C5).

Houve muita resistência para a implantação do Alojamento Conjunto (...) poucos enfermeiros apoiaram as mudanças, eles não queriam dar palestras e ensinar as mães a amamentar. Entre eles já havia muitas brigas, indiferenças, boicotes e disputas pelo poder (C6).

Podemos constatar que o modelo de AC proposto pela Resolução nº 18/INAMPS, publicada em 1983 e dirigida aos hospitais públicos e conveniados, a princípio, não teve êxito em sua implantação no HUCAM, uma vez que o mesmo não cumpria integralmente as exigências preconizadas pela referida Resolução e pelo PAISM. O AC deveria ser realizado por uma equipe única de forma a prestar cuidado integral, mais humano e menos autoritário, permitindo à puérpera o resgate da sua autonomia e o aprendizado para o cuidado de si e de seu filho. Sendo o HUCAM uma instituição de ensino e, nessa condição, se destaca sua importância no processo de formação dos profissionais de saúde, em particular o dos enfermeiros, esperava-se que naquele espaço social se priorizasse o atendimento dessas políticas públicas de saúde e da educação. No entanto, o que se constatou foi que o sistema de AC no HUCAM não se deu com a rapidez que se esperava, conforme exigia a Resolução acima citada.

Tomando como referência as questões até aqui levantadas, no âmbito do HUCAM, a profissional que mais se aproximou da proposta ministerial foi a docente Laura, uma vez que propôs, no período de 1976 a 1980, um cuidado de enfermagem pautado na relação humana, buscando atender as necessidades de cada mulher e criança. Enquanto chefe da maternidade, Laura planejou e lecionou o que chamamos hoje de AC, pois não considerou, naquele momento, a manutenção da mãe e filho em ambientes separados. A docente via no puerpério, **mães recém-nascidas** que necessitavam de compreensão e apoio nesse momento frágil de sua vida, além de diagnósticos, orientações e prescrições tecnicamente corretas, sendo este campo, à época, o objeto de estudo em sua dissertação de mestrado (ESPÍRITO SANTO, 1982). A proposta da enfermeira docente Laura para a assistência de enfermagem possibilitava a obtenção de ganhos simbólicos para a Enfermagem, por seu caráter inovador na assistência de enfermagem naquele setor, uma vez que rompia com o modelo biologicista na maternidade, buscando focar a atenção na pessoa [mulher], permitindo um encontro

acolhedor entre profissional e puérpera de forma compartilhada, através de um espaço criativo para se promover o êxito técnico com promoção da saúde e bem-estar materno infantil.

A gestão de Leontina Soares de Souza Lima Alves (1981 a 1984) é marcada por duas estratégias de luta que propiciavam a visibilidade de suas ações no campo: A “implantação” do AC e a tentativa de implantação do Processo de Enfermagem (PE). O PE consiste na organização e elaboração de um planejamento de ações terapêuticas, que tem na sua base o método científico. No Brasil, os modelos de assistência se destacaram com a atuação de Wanda de Aguiar Horta<sup>57</sup> que muito contribuiu na assistência e no processo de cuidar em enfermagem. Suas teorias de enfermagem, quando utilizadas como referencial para organização da assistência, guiavam e aprimoravam a prática assistencial, dirigindo a observação dos fenômenos, a intervenção de enfermagem e os resultados a esperar (CARRARO; WESTPHALEN, 2001).

Os enfermeiros não tinham muita visão e não davam importância para o Processo de Enfermagem, achavam que isto era função da escola. Eles não conseguiam enxergar a importância disto (C5).

Enquanto chefe da Divisão de Enfermagem eu implantei o Processo de Enfermagem como piloto na pediatria e na maternidade tentei implantar como enfermeira assistencial (C6).

Podemos inferir que havia preocupação e valorização dos enfermeiros do HUCAM na assistência ali realizada, mas o olhar era reducionista, focado na doença e nos procedimentos invasivos, e não no processo de trabalho e nas ações educativas para a promoção da saúde e prevenção de doenças ao binômio mãe-filho.

Nós [enfermeiros] cuidávamos, fazíamos todos os curativos do hospital e passávamos todas as sondas, os técnicos faziam as orientações de banho, coto e mamadas (C9).

Não tínhamos como anotar tudo que fazíamos. A chefe de enfermagem queria, mas não tínhamos como fazer (C12).

Nesse período, a enfermagem, em grande parte, passava a pautar a sua assistência adotando o modelo dominante e verticalizado da medicina curativista e intervencionista, dificultando a adesão da equipe aos avanços propostos pela gestão da enfermeira chefe do serviço de Enfermagem daquele momento. Assim, as enfermeiras do HUCAM, se permitiram

---

<sup>57</sup>Em 1979, publicou o livro baseado na teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Maslow, e, a partir daí, operacionalizou o Processo de Enfermagem.

a “supervisionar” o cuidado direto de enfermagem e dedicavam grande parte do seu tempo de trabalho a resolver os mais variados problemas administrativos, função que acreditavam lhes atribuir *status*, poder e ocupação no campo. Esse poder, a meu ver, era relativo, pois não era sustentado no conhecimento científico, o que exige tempo para incorporação. Impor e administrar rotina de serviço demonstrou não ser, como se pode ter pensado, a tarefa mais fácil de se realizar. Isso, em certa medida, justificava o afastamento das enfermeiras do HUCAM do conhecimento atualizado e do cuidado direto ao cliente.

Na busca de registros, foi possível encontrar cinco prontuários da década de 1980 que reforçavam esse olhar reducionista na assistência à mulher. Segundo Matsuda *et al.* (2006) o prontuário é considerado um documento único, legal, constituído de várias informações geradas a partir dos fatos e situações sobre a saúde e a assistência prestada ao paciente, que possibilita a comunicação entre membros da equipe de saúde e a continuidade da assistência prestada. A Figura 12 é parte do prontuário de uma puérpera da maternidade que teve parto normal, sem intercorrências, no ano de 1981. Vale destacar a prescrição médica com olhar biologicista, sem nenhuma ênfase a um cuidado mais amplo, mais adequado as necessidades maternas.



Figura 13: Prescrição do RN em 1981.

Nome:	Idade:	Prontuário Nº	Enf.:	Leito:	Clín.
DATA - PRESCRIÇÃO MÉDICA		NOMÁRIO		ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
Capim - 40,4 - AIG		hora 18:05		23.08.81	
ALCOÓLICO TEST. D. A. 9. 20/10?				Sint. normal	
R. 2/10				T. 37,0	
① Lili 3/3h				A. 9/10	
② F. 2/2h				R. 3200	
③ D. 2/2h				T. 30cm	
④ Am. 2/2h				f. 2/2h	
A. 2/2h				23/08/81	
24/08/81				em outro dia 10/81	
RN normal, ausência				500 ml de soro fisiológico	
25/08/81 - 26/08/81 - 27/08/81 - 28/08/81				em outro dia 10/81	
Análise laboratorial de urina - 28/08/81				em outro dia 10/81	
Análise laboratorial de sangue - 28/08/81				em outro dia 10/81	
Análise laboratorial de urina - 29/08/81				em outro dia 10/81	
Análise laboratorial de sangue - 29/08/81				em outro dia 10/81	
Análise laboratorial de urina - 30/08/81				em outro dia 10/81	
Análise laboratorial de sangue - 30/08/81				em outro dia 10/81	
Análise laboratorial de urina - 31/08/81				em outro dia 10/81	
Análise laboratorial de sangue - 31/08/81				em outro dia 10/81	

Fonte: Arquivo do SAME/HUCAM<sup>59</sup>.

De acordo com Potter e Perry (1999, p. 166) “O registro é um aspecto vital da prática de enfermagem. Ao longo do tempo, a forma e a qualidade do registro evoluíram, porém, o foco continua a ser o impacto positivo do cuidado sobre o cliente”. Neste sentido, os registros de enfermagem são elementos essenciais na documentação do cuidado humano e, quando bem redigidos, fornecem subsídios para a qualidade da assistência prestada.

Destaca-se, na imagem, que não há checagem dos itens prescritos, nos permitindo inferir que não havia rigor na supervisão dos cuidados de enfermagem realizados através desse documento (prontuário). Nos prontuários pesquisados, não foi possível identificar nenhuma participação do enfermeiro nessa assistência direta ao cliente. As anotações de enfermagem consistem em registrar e evidenciar a atuação do enfermeiro na assistência ao paciente.

A falta desse registro no prontuário reflete negativamente na plenitude do cuidado prestado. Para Matsuda *et al.* (2006), quando os registros de enfermagem são inconsistentes ou insuficientes, além da perda da qualidade de assistência, trazem também prejuízos

<sup>59</sup> Foram omitidos o nome da cliente, das técnicas de enfermagem e a assinatura médica por iniciativa ética.

financeiros para o hospital. As funções gerenciais do enfermeiro são destacadas pelo autor como ações com a finalidade de assegurar a qualidade da assistência e o bom funcionamento da instituição.

As representações esquemáticas que são formadas pelo *habitus* das enfermeiras (supervisionar e gerenciar) substituem as noções científicas do cuidar. Para Bourdieu (2004d), os dados são configurações vivas que tendem a se impor como estruturas do objeto, quebrando as relações mais aparentes, para fazer surgir o novo sistema de relações entre os elementos. Essas relações, em sua maioria, são involuntárias e rompem com a ilusão da transparência, nas quais escapa a consciência. Nesse sentido, as enfermeiras inseridas nesse contexto, apreendem uma verdade objetivada (poder da gerência), para explicar o distanciamento de sua essência (o cuidar). A ilusão da transparência para Bourdieu nos leva a acreditar que a explicação dos fatos é aquilo que facilmente se vê. Tal influência é tão forte a ponto de realizar uma ruptura no modelo de assistência, aparecendo como condição indispensável para a função do enfermeiro na maternidade.

Estudiosos sobre o assunto salientam que o cuidado de enfermagem no sistema de AC, na década de 1980, se baseava na dimensão biológica do ser humano, negligenciando a necessidade psicoemocional das mulheres, no que se refere às inseguranças, dúvidas e ansiedades no desempenho do papel materno (BRASIL, 1993; 1992; 2011; FARIA *et al.*, 2010).

No berçário tinha um funcionário para receber a criança e fazer os primeiros cuidados. A outra [funcionária] ficava com as crianças graves, que ainda não era UTIn, e uma terceira funcionária ficava no AC com as mães. E todas faziam rodízio. Uma cuidava da criança e outra da mulher. O enfermeiro passava as sondas e fazia os curativos (C5).

Tínhamos um enfermeiro e os funcionários separados, sendo um para a mãe e outro para criança. Não dava para um funcionário cuidar dos dois. O funcionário da criança [Berçário], levava o bebê para mamar na mãe e deixava um período com ela. Nós da maternidade não ajudávamos no aleitamento, a função era do funcionário do berçário. O enfermeiro só vinha quando chamado para alguma intercorrência (C10).

O modelo de cuidado descrito acima demonstra uma assistência ainda fragmentada e pouco valorizada. O simples fato de colocar a criança junto à sua mãe de forma descontinuada não pode ser considerado, por definição, como AC. A escassez de recursos humanos de enfermagem para atender todos os 54 leitos do AC, impedia a realização com qualidade das atividades propostas pela Resolução à época. Podemos refletir que as normas foram ditas, mas não atingiram as causas; a orientação em serviço era falha e a puérpera saía com despreparo

para seu autocuidar e cuidado para com seu filho, dentre os quais destacamos como prejuízo o alto índice de desmame precoce, sendo esta uma das causas que justificariam a implantação do AC.

A experiência mostra que a teoria dissociada da prática influencia na qualidade da assistência, onde aponta um alvo que não foi alcançado na prática clínica. Podemos observar que a oposição da equipe de enfermagem da maternidade do HUCAM contra a implantação do Sistema de Alojamento Conjunto, evidenciou prejuízo na qualidade e na plenitude do cuidado à mulher e à criança no puerpério.

Tendo em vista que faltava, aos profissionais, àquela época, conhecimento da real importância da Política Pública para o binômio mãe-filho, foi possível constatar prejuízos para todos os envolvidos no cenário da maternidade: onde as usuárias do hospital não tinham todas as suas necessidades atendidas, trazendo prejuízos a sua saúde física e emocional, com riscos a comprometer o vínculo afetivo entre a tríade mãe-filho-família. No que se refere ao processo de ensino dos futuros enfermeiros, a integração ensino assistência ficou fragilizada, pois os docentes e discentes perderam o acesso ao campo, em especial à sala de parto, sendo necessário buscar outro campo e se distanciar do hospital. No relatório de Disciplina Enfermagem Materno Infantil (1983/1) foi possível evidenciar as perdas para o ensino.

(...) percebemos a deficiência na supervisão dos alunos por número reduzido de professores e inexistência de um profissional de enfermagem que pudesse dar continuidade na assistência e colaborar na supervisão. Motivos estes que nos levaram ao afastamento e perda de espaço conquistado em prol da melhoria do ensino – aprendizado (Relatório de Disciplina Enfermagem Materno-Infantil, 1983/1, folha 4)

No que se refere às enfermeiras do HUCAM, as perdas não foram tão percebidas por elas. Os prejuízos foram por não conseguirem desenvolver um cuidado de excelência com ênfase no processo saúde-doença, incluindo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, através de uma assistência mais abrangente, em conformidade com a Política Pública da época; também por não darem continuidade ao programa Integração IDA e, enquanto hospital de ensino, não se espera a separação das dimensões assistencial e de ensino, sendo ambas responsáveis pela garantia da qualidade do ensino e da assistência realizados no Hospital Universitário. Vale destacar que os enfermeiros do HUCAM eram, em sua maioria, ex-alunos do Curso de Enfermagem da UFES, em cujo currículo, àquela época, constavam três objetivos gerais: identificar as necessidades bio-psico-social e espiritual; elaborar e

executar programas de educação para saúde e identificar problemas de riscos à mulher no ciclo gravídico puerperal<sup>60</sup>, os quais não foram priorizados.

Em meados dos anos de 1980, acho que em 1984, já tínhamos mais enfermeiros na maternidade: dois pela manhã, um a tarde e outro a noite. A chefe de enfermagem tentou implantar o Processo de Enfermagem (PE) no setor e os enfermeiros reclamavam de fazer as orientações as mulheres e as anotações nos prontuários (C4).

Hoje eu sei que não consegui muito êxito na implantação do AC e do PE, pois ainda era um cuidado muito fragmentado, mas consegui mais enfermeiros para assistência a maioria formandos da UFES. Teve resistência, tinha pessoas que não aceitavam. Depois que eu saí desmoronou tudo, fiquei muito triste e aí se perdeu o pouco que havíamos conquistado com a saída das docentes (C6)

Era uma relação um tanto difícil, dificultava bastante as nossas ações. Alguns enfermeiros barravam ou davam sugestões que muitas vezes nos prejudicava enquanto grupo. Não cuidávamos dos pacientes e não ensinávamos aos alunos a cuidar (C14).

A luta para recuperar a integração do ensino da assistência permaneceu sem êxito na gestão da Chefia de Enfermagem (1981 a 1984). Mesmo com a contratação de mais enfermeiros e mais docentes, os mesmos se mantinham distanciados em suas funções. Na maternidade, os enfermeiros do HUCAM não assumiram as demandas do AC nem a implantação do PE. Na verdade, o que faltava era um reconhecimento por parte da equipe de enfermagem, naquele momento, enquanto enfermeiros de um Hospital Escola, da importância de se valorizar o cuidado de enfermagem materno infantil em consonância com as Políticas Públicas de Saúde e de Educação.

A associação histórica da enfermagem do Hospital com o Departamento de Enfermagem da UFES representou um jogo de forças e lutas simbólicas para ocupar o campo hospitalar que, a princípio, era legitimado por todos. Desse modo, podemos inferir que, apesar das perdas, as enfermeiras assistenciais perceberam a sua distinção, posição e nomeação institucional, contribuindo para a formação de uma identidade profissional na região capixaba. As enfermeiras começaram a assumir posições estratégicas na gerência de cuidados, espaços estes até então ocupados por médicos e docentes de enfermagem. Assim, mantinham-se, no mesmo campo, enfermeiras docentes e enfermeiras assistenciais, ambas com identidade

---

<sup>60</sup> Relatório de Disciplina Enfermagem Materno-Infantil, 1983/01. Arquivado no Centro de Memória do Departamento de Enfermagem.

e objetivos profissionais diferenciados: cuidado direto a cargo dos docentes, e a gerência de serviço a cargo dos enfermeiros assistenciais, demarcando uma perda no modo de cuidar, em especial na maternidade naquele período. Um colaborador do estudo pontuou essa perda de forma bastante emotiva.

Não tínhamos mais a troca entre a escola e o hospital (silêncio), os enfermeiros do hospital não respeitavam mais os docentes como família HUCAM. Perdemos muito com isto, mas os enfermeiros não queriam se dar conta, eles queriam ser chefes e não mais cuidar na beira do leito (C5).

Sempre que a chefe de enfermagem falava em cuidados e registros, eles riam e falavam que era coisa de professor e aluno e não deles, era muito triste ouvir isto, pois eu acreditava que a enfermagem poderia ser melhor e a escola seria uma parceira neste aprendizado. Tínhamos os alunos, coitados... isto foi até eu quem implantou, começamos a treinar os alunos e eles colaboravam com o cuidado, mas tudo que eles escreviam só era lido e valorizado pelo professor. O enfermeiro não queria saber, não liam e boicotavam mesmo (C5).

Penso que nós, professores, nos precipitamos muito para sairmos e fazer o mestrado. Isto desmontou tudo que havíamos construído no hospital e, quando voltamos, já estava tudo diferente, até entre nós docentes (C14).

Os espaços apropriados pelos agentes constituem propriedades que o situam e têm valor simbólico no espaço social, nas palavras de Bourdieu (1997, pg.160), o “espaço é um dos lugares onde o poder se afirma e se exerce”. A maternidade foi percebida pelas enfermeiras como espaço de pouca autoridade científica, onde apenas supervisionavam o cuidado prestado pelo nível médio. Condizentes com as suas disposições incorporadas no modelo medicalizado, a assistência de enfermagem passou a priorizar os procedimentos intervencionistas, que iam ao encontro do *habitus* profissional do médico, com abordagem estritamente curativista.

Segundo Collière (1989), cuidar é uma função primordial e inerente à sobrevivência de todo ser vivo. Foi profundamente alterado entre a espécie humana em função das mutações tecnológicas, socioeconômicas e culturais, gerando dissecação das práticas de cuidado em uma imensidão de tarefas disputadas nas profissões. Partindo da premissa que “todo fenômeno é histórico e teve a sua construção permeada por um contexto sócio-político-cultural que o influencia” foi possível perceber que a evolução da forma de cuidado da mulher e da criança na maternidade do HUCAM contou com realidades e contextos diferentes, influenciados pelos *habitus* das enfermeiras docentes da UFES e o das enfermeiras assistenciais do Hospital (PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011).

Nesse contexto, as práticas de higienizar e de alimentar o recém-nascido no pós-parto, ficou a cargo das próprias mulheres que, tidas como prontas para cuidar, tinham a sua

assistência plena negligenciada pela equipe de saúde, em particular a de enfermagem. Nos estudos de Collière (1989), fica claro que culturalmente as mulheres possuem atividades já pré-determinadas na sociedade: tomar conta, cuidar, tratar nos dois pólos da vida: nascimento e morte; como se este aprendizado fosse natural e intrínseco ao ser mulher, como um desejo fisiológico e uma vocação natural, para a qual não precisa ser ensinada ou apoiada.

Cuidávamos muito bem, pois priorizávamos os sinais vitais e a medicação, as mulheres não precisavam de ajuda para amamentar, elas sabiam fazer (C5).

Eu até ensinava para as novinhas [mães jovens primíparas] uma vez e depois deixava por conta delas, elas tinham que saber fazer (C6).

Até os médicos falavam que elas já sabiam tudo (C8).

Fica explícito, neste estudo, que não se priorizava uma forma de cuidar e ensinar a cuidar nesse período tão ímpar na vida de uma mulher e sua família. Nesse espaço social da maternidade do HUCAM houve predomínio de mulheres cuidando de mulheres, onde herdeiras de um passado difícil precisaram romper barreiras de um destino de subordinação herdado de uma sociedade machista, próprio daquela época, onde consideravam normal delegar as suas atribuições profissionais às clientes e aos seus familiares, pautado nas bases sólidas do modelo assistencial e social até então vigente (BEAUVOIR, 2005; 2009).

A maternidade é um espaço diferenciado em um hospital, onde temos em nossas mãos algo precioso que deve ser cuidado, ou seja, uma **mãe recém-nascida** e seu filho. É neste cenário que o cuidado ao parto e ao pós-parto ganha relevância, onde se faz necessário romper paradigmas e compreender que a maternidade não é instintiva e natural, e a recém mãe precisa ser cuidada e ensinada a cuidar. Para que se estabeleça uma relação de cuidado, é necessário que haja, por parte do enfermeiro e a equipe de enfermagem, uma intenção e uma predisposição para cuidar e estar com o ser que é/será cuidado (TOMELERI; MARCONI, 2009).

Cada mulher/criança evolui de forma diferente e suas necessidades precisam ser respeitadas e individualizadas. Enquanto enfermeiras, é preciso criar um senso de maior responsabilidade com o binômio mãe-filho. Devemos não transferir responsabilidades para aquele que está sendo cuidado por nós; esforços devem ser feitos para manter a vida da mãe e do filho com a melhor qualidade possível. Apesar de não ser possível mensurar a qualidade da assistência ao parto e ao pós-parto, podemos deduzir a qualidade da assistência pela harmonia dos resultados obtidos nas altas clínicas. A meu ver, enquanto mulher, mãe e enfermeira, temos um importante papel no espaço da maternidade e nossa assistência precisa ser realizada

de forma a entender a mulher em suas emoções, sentimentos e sensações, que podem ser manifestados de formas objetivas ou subjetivas, além das suas necessidades biológicas e físicas.

Enquanto equipe de enfermagem na área materno infantil, temos a oportunidade de assistir à mulher em um dos momentos mais “**fortes e frágeis**” da sua vida e não se deveria perder o foco do valor da assistência na contribuição para a qualidade da vida humana, atendendo a todas as necessidades da tríade mãe-filho-família. Diante de uma puérpera, se faz necessário conhecimento técnico científico para prever e prevenir problemas, e a educação para saúde, o apoio e a orientação tem oportunidade marcada na assistência obstétrica. A pouca importância conferida a um serviço voltado para a assistência à mulher alcançou contornos expressivos na perda da autonomia no campo por parte do enfermeiro. Desse modo, começou a perda da inserção da enfermeira na assistência direta ao parto e nos cuidados educativos do pós-parto, conquistado pela enfermeira docente Laura, em meados dos anos de 1970.

No Brasil, uma nova forma de cuidar do binômio mãe-filho já era reproduzida, pautada na força do movimento feminista e o PAISM, a partir dos anos de 1980, que principiava, em suas ações, a concretizar o termo ‘cuidado integral à mulher e à criança’. Evidenciamos, neste estudo, que, no HUCAM, esta proposta de cuidado integral, embasada no AC, só veio a se fortalecer e concretizar em 1988, em consonância com a Portaria nº 508 de 1987 do MEC, tornando o sistema de AC obrigatório em todos os Hospitais Universitários. Mas se fez notória, no recorte deste estudo, uma luta simbólica, por parte de um grupo minoritário de enfermeiros, pela retomada do cuidado à mulher e à criança em meados dos anos 1980, com a tentativa de implantação do sistema de AC e do Processo de Enfermagem, constituindo-se em uma das estratégias de luta das enfermeiras do HUCAM para ocuparem o espaço e dar visibilidade às suas ações no campo hospitalar. Para Bourdieu (2007), a fixação de um consenso constitui uma função lógica necessária, que permite à cultura dominante cumprir a sua função de legitimar ou sancionar a ordem.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao descrever as circunstâncias, em âmbito nacional, que culminaram com a necessidade de reconfiguração do cuidado de enfermagem na égide das profundas transformações econômicas, políticas e sociais ocorridas no século XX, na organização e funcionamento de hospitais e na formação de recursos humanos, foi possível refletirmos sobre as responsabilidades dos agentes da UFES para atender e integrar o ensino e a assistência de enfermagem na Maternidade Escola do HC.

Nesse sentido, refletindo a trajetória percorrida pela enfermagem na maternidade do HC, foi possível evidenciar que a história da maternidade e do cuidado de enfermagem no puerpério estavam intimamente ligadas às ações políticas da educação e da saúde nas décadas de 1968 a 1984, vindo a determinar a construção organizada e o funcionamento da maternidade para a formação e o treinamento profissional de médicos e enfermeiros da UFES, bem como para um planejamento de um modelo de assistência materno infantil diferenciado, com um olhar para além da doença, ancorado na promoção da saúde.

Tais mudanças demandaram a reatualização do *habitus* de profissionais, nos primórdios do Hospital, de nossas antecessoras, na prestação de uma assistência cuja visão que propiciava a sustentação dos novos programas governamentais de saúde, sob a égide da promoção da saúde materno infantil, a princípio ainda fragmentada e meramente reprodutiva. O corpus documental registra a importância da valorização do serviço de enfermagem na fase inicial, quando da transição do ex-sanatório para hospital de ensino da UFES.

Na origem da maternidade, em 1968, sob a liderança da enfermeira Ivete Alves dos Santos, poucos foram os registros da assistência direta na maternidade. Nesse período, os documentos que consultei e expus nesta pesquisa mostram uma assistência de enfermagem sustentada pela prática hospitalocêntrica curativa, com destaque dessa enfermeira nas medidas de higiene e isolamento dos pacientes acometidos por um grave surto de infecção hospitalar.

Analisando a estratégia adotada por essa enfermeira, é possível afirmar que a mesma não estava ingênua nesse processo, foi contundente no enfrentamento dos desafios daquele espaço social, com ênfase na adequação da estrutura física do hospital, como estratégia de luta para ganhar espaço e poder no campo. Essa medida constituiu o ponto de partida para o reconhecimento, pelo grupo médico dominante, da identidade profissional da enfermeira. Desse modo, a equipe de enfermagem se fazia necessária no enfrentamento das dificuldades que as autoridades do HC enfrentavam com vistas a adequá-lo a um Hospital de ensino. Tal

interesse se concretiza com o apoio do grupo de autoridades médica e médico-docente na implantação do Curso de Enfermagem da UFES.

Ao longo do período investigado, ao final de 1975, inicia-se o movimento para criar o primeiro Curso de Enfermagem na UFES. Com vistas a essa criação, ocorreu a tendência de concentração de enfermeiros docentes nos cargos de chefia dos serviços do hospital universitário, dentre os quais se destaca a chegada da docente Laurinda Sebastiana dos Santos [Laura]. A preocupação com a qualidade do ensino de enfermagem, a participação da enfermeira Laura na maternidade se fez sentir por meio do volume de capital social que esta acumulava, a mesma chega no estado egressa de uma escola padrão e com habilitação em obstetrícia, sendo esperada e muito bem acolhida pela equipe local.

Muitas foram as estratégias desenvolvidas por Laura, desde a solenidade de inauguração da maternidade, o cargo de chefia, a realização dos partos, o Programa IDA, o cuidado direto com as mães e bebês, as representações objetivais do uniforme, os treinamentos em serviço e as regras e normas de serviço que romperam com o paradigma vigente e reconfiguraram o cuidado de enfermagem, dando um novo formato ao cuidado no parto e no pós-parto. Podemos dizer que a inserção da enfermeira na assistência direta na maternidade se consagrou na gestão de Laura no período de 1976 a 1979. O efeito de consagração foi exercido pelo seu capital cultural e pela luta simbólica para se sustentar no campo.

Podemos afirmar que Laura construiu bens simbólicos que conferiram reconhecimento com força de representação para uma herança da categoria profissional com ganhos simbólicos para enfermagem capixaba. Nesta perspectiva, sua atuação merece relevo neste estudo, pela sua competência, carisma e liderança. Laura foi uma enfermeira que teve morte prematura, mas quem conviveu com ela aprendeu e apreendeu seus ensinamentos, merecendo ser celebrada com distinção enquanto protagonista do cuidado de enfermagem no parto e pós-parto no cenário deste estudo. Os efeitos simbólicos, produzidos em sua gestão, mediante os documentos analisados, como herança, deixa um legado que consagra e legitima a importância da valorização da profissão, em especial a sua identidade.

Nesta lógica, sob a liderança de uma enfermeira não docente, Leontina Soares de Sousa Lima Alves, correspondente ao recorte final deste estudo, foi marcado por lutas simbolicamente emblemáticas para manter os ideais de Laura, dando continuidade ao modelo de assistência direta ao cliente. Ao se adaptarem a um cuidado mais amplo, as enfermeiras cumpriram com uma assistência de qualidade em uma instituição modelo, que complementa em termos práticos o ensino e a assistência na saúde da mulher e da criança.

Assim, a enfermeira tentou implantar novas demandas governamentais, como por exemplo, o Sistema de Alojamento Conjunto. As suas ações concentraram-se no período de saída das docentes para qualificação no mestrado, desarticulando as alianças entre o ensino e a assistência no Hospital Universitário da UFES. Apesar de todo o seu esforço na implantação do sistema de AC, este não foi suficiente para obter êxito. Nessa época, a enfermagem se sustentava na luta pela liderança do enfermeiro assistencial nas chefias de setores do Hospital. Se, por um lado, essa luta foi necessária e motivada pela busca de novas conquistas das enfermeiras docentes para o pleno controle do hospital, por outro lado, trouxe perdas para o entendimento do papel assistencial do enfermeiro, distanciando-o ainda mais do cuidado direto ao cliente.

Ao decodificarmos os discursos dos agentes, foi possível perceber um esforço das enfermeiras, nesse período, para ocuparem um espaço impulsionado por novo olhar e valorização da “chefia do serviço”, resultando em menor produtividade na qualidade e equidade da assistência direta à mulher e à criança por parte da enfermeira assistencial, dando, assim, uma clara contradição entre o discurso que o currículo de formação profissional enunciava e a prática realmente efetivada.

A essa trajetória somam-se críticas ao “abandono” da assistência direta pela enfermeira do Hospital, que veio a influenciar uma nova concepção da prática assistencial na produção do saber e fazer gerência. Os novos ventos definiram, nessa gestão, a preferência pela atividade gerencial, produzindo uma resposta concreta frente às perspectivas do papel do enfermeiro na maternidade no que tange à demanda administrativa, vindo a modificar o domínio do enfermeiro no espaço da maternidade. Foi possível perceber momentos de transição e rupturas heréticas, em que as enfermeiras docentes e as enfermeiras assistenciais passaram a refutar a ocupação dos cargos no espaço social do Hospital Universitário pelas primeiras.

Não podemos julgar de forma acrítica, na cisão na integração docente assistencial, o distanciamento do hospital por parte das enfermeiras docentes a partir dos anos de 1980. Neste estudo, não se teve a intenção de realizar análises individuais das enfermeiras, mas sim uma visão conjunta de seus feitos. Há ainda, nos documentos, claras indicações de que, a princípio, as enfermeiras partilhavam uma *doxa* em comum, que pode ser exemplificada pela união e divisão das tarefas. Dessa maneira, nossa análise indica que, no Hospital Universitário, o processo de institucionalização do cuidado de enfermagem no puerpério foi marcado por estratégias de lutas consensuais quanto à necessidade e, sobretudo, quanto à legitimidade da assistência de enfermagem no cuidado à mulher e à criança.

Seus meios e instrumentos utilizados permitiram uma força social que pudesse se sobrepôr a outra força social dominante, em seu primeiro momento formada por enfermeiras assistenciais (as do Hospital Universitário) e as enfermeiras docentes da UFES em relação aos médicos docentes e, depois, entre enfermeiros assistenciais e enfermeiros docentes, na ocupação das chefias em busca de espaço e prestígio no campo. Ao resistirem à proposta de AC e sustentarem a gerência dos serviços em um longo período de greve, as enfermeiras assistenciais modificaram a prática cotidiana, produzindo novos efeitos simbólicos, reconhecidos pelos gestores.

Nesse sentido, apesar das perdas na plenitude do cuidado, a luta dessas enfermeiras superou obstáculos, considerando a representação e a realidade da profissão no estado. Mediante o exposto, cabe, ancorada no referencial teórico, afirmar que elas se empenharam em um esforço no sentido de “fazer ver, de fazer crer, de fazer conhecer e de fazer reconhecer” (Bourdieu, 1998, p. 108), impondo, de forma legítima, a sua posição nesse espaço, demarcando os seus limites e a identidade profissional do grupo, com produção de efeitos simbólicos de lugar e de eficácia.

Tomando como referência as questões até aqui levantadas, podemos concluir afirmando que é imperativo repensar o espaço da maternidade como um campo de autonomia para a enfermeira promover um cuidado assistencial e educativo com qualidade para alcançar resultados em curto, médio e longo prazo na saúde do binômio mãe-filho e no reconhecimento de suas funções. Refletindo a trajetória pelos caminhos da cientificação do cuidado materno, foi possível entender que a enfermagem procurou definir princípios para o cuidado materno infantil, apoiados nas políticas públicas da época, ocupando e legitimando seu espaço nesse cenário.

Resgatar a memória desses primeiros 16 anos de assistência materno infantil no âmbito do Hospital Universitário da UFES, o HUCAM, nos fez refletir quanto à responsabilidade desse pequeno grupo de enfermeiras à frente da maternidade que, através da assistência, da gerência e do ensino, desenvolveram e capitalizaram reconhecimento enquanto profissionais reconhecidas e valorizadas com desbravamento frente às dificuldades enfrentadas. As suas estratégias constituíram respostas concretas em oposição ao modelo anterior vigente, transcendendo a simples ideia de que uma parturiente só precisa de assistência curativa, o que vem a impactar nas questões atuais quanto ao dimensionamento dos prejuízos para a enfermagem ao se afastar de seu fazer específico na arte de cuidar.

As considerações aqui descritas não estão aptas para responder a todas as questões que o assunto propõe, gerando uma grande oportunidade de linha de pesquisa. Aqui, chamo a

atenção para a necessidade premente em preservar e identificar os documentos escritos e imagéticos, sob os riscos da amnésia simbólica do que nos foi legado. Este estudo não se esgota e traz uma versão científica para o fenômeno em estudo. Espera-se que a presente pesquisa seja instigadora de novas investigações, pois temos grandes feitos repousados nas memórias de renomadas enfermeiras capixabas, com muito a contribuir para o preenchimento de lacunas da História da Enfermagem Brasileira.

A reflexão, no contexto atual, a respeito das mudanças que empreendemos na assistência materno infantil, nos faz pensar se realmente é necessário abrimos mão de algumas práticas em detrimento de outras. Este estudo apontou para novas oportunidades de conhecimento que nos permitiram re-significar o cuidado de enfermagem materno infantil na maternidade do Hospital Universitário da UFES, sustentando a tese de que a participação de docentes enfermeiras da UFES, ao determinar a reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil no HUCAM, deu visibilidade à atuação da enfermeira no campo hospitalar. No entanto, interesses específicos colocaram enfermeiras assistenciais e enfermeiras docentes em posições distintas, com implicações significativas para todos os envolvidos.

Foi possível descobrir “pequenos” componentes de cuidado que, quando acompanhados com ciência e sentimento durante o processo de maternidade, de forma consciente e comprometida, refletem na valorização de nosso cuidado, desabrochando um novo amanhã para a enfermagem.

De maneira bastante viva, os depoimentos falam das transformações do modo de cuidar que ocorreram na assistência de enfermagem em um espaço diferenciado que é a Maternidade, contribuindo para a autonomia profissional e para a visibilidade da enfermagem em si e no estado do Espírito Santo.

## REFERÊNCIAS

### FONTES PRIMÁRIAS

#### Fontes Orais

ALVES, Leontina Soares de Souza Lima. **Leontina Soares de Souza Lima Alves**: entrevista [30 jan. 2015]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

AMBRÓSIO, Paulete Maria. **Paulete Maria Ambrósio**: entrevista [13 abr. 2016]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

AZEVEDO, Ivete Alves dos Santos. **Ivete Alves dos Santos Azevedo**: entrevista [14 out. 2015]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

BRIGUENTE, Maria Edla de Oliveira. **Maria Edla de Oliveira Briguento**: entrevista [16 abr. 2015]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

COELHO, Ema Souza. **Ema Souza Coelho**: entrevista [31 jul. 2015]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

COIMBRA, Maria Tereza. **Maria Teresa Coimbra**: entrevista [12 ago. 2013]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

\_\_\_\_\_. **Maria Tereza Coimbra**: entrevista [30 jan. 2015]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

FAJARDO, E. M. B. **Enize Maria B. Fajardo**: entrevista [18 maio. 2015]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

FREITAS, Hister Maria Pedroni. **Hister Maria Pedroni de Freitas**: entrevista [28 jul. 2015]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

MATTEDI, Nelma Lopes. **Nelma Mattedi Lopes**: entrevista [22 set. 2015]. Entrevistador: Marcia Valéria de Souza Almeida. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

ROCHA, Dulce Neves. **Dulce Neves da Rocha**: entrevista [18 jun. 2015]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

SIMÕES, Ângela Maria de Castro. **Ângela Maria de Castro Simões**: entrevista [09 abr. 2015]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

MÉDICO. **Depoente identificação não autorizada**: entrevista [02 mar. 2016]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2016. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

\_\_\_\_\_. **Depoente identificação não autorizada**: entrevista [16 jul. 2015]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM. **Depoente identificação não autorizada**: entrevista [22 dez. 2015]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

TECNICA DE ENFERMAGEM. **Depoente identificação não autorizada:** entrevista [03 de ago. 2015]. Entrevistador: Mônica Barros de Pontes. Vitória, 2015. Entrevista concedida à pesquisa “A reconfiguração do cuidado de enfermagem materno infantil: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”.

### Fontes Escritas

BRIGUENTE, M. E. O. **Proposta Curricular com Diagnóstico da Situação de Enfermagem no Espírito Santo.** Centro de Memória de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, 1979.

ESPÍRITO SANTO. **Relatório do governo 87/91** - Max Mauro. Assim construímos um estado, s/l, s/d. Acervo do Arquivo Público do Estado do Espírito Santo - Espírito Santo (Estado).

FICHA DAS ALUNAS. Centro de Documentação (CDOC) DA EEAN/UFRJ - **Caixa 58**, módulo L.

HUCAM. **Livro de Admissão**, 1973. Universidade Federal do Espírito Santo. Faculdade de Medicina. Hospital das Clínicas. Acervo pessoal de Maria Zilma Rios.

\_\_\_\_\_. **Relatório Estatístico**, 1975. Universidade Federal do Espírito Santo. Faculdade de Medicina. Hospital das Clínicas. Acervo pessoal de Maria Zilma Rios.

\_\_\_\_\_. **Livro de Relatório de Atividades Hospitalares**, 1980. Universidade Federal do Espírito Santo. Faculdade de Medicina. Hospital das Clínicas. Acervo pessoal de Maria Zilma Rios.

\_\_\_\_\_. **Livro de Relatório de Atividades Hospitalares**, 1981. Universidade Federal do Espírito Santo. Faculdade de Medicina. Hospital das Clínicas. Acervo pessoal de Maria Zilma Rios.

PAOLIELLO, O. **Relatório Elaborado pelo Superintendente do Sanatório Getúlio Vargas, Dr. Ovídio Paoliello.** Vitória: Secretaria da Educação e Saúde, 1943. Acervo Pessoal de Maria Zilma Rios.

RIOS, M. Z. **Livro de Admissão do serviço de Enfermagem.** Vitória: 1973. Acervo Pessoal.

\_\_\_\_\_. **Coletânea de dados hospitalares do HUCAM.** Vitória: 1984. Universidade Federal do Espírito Santo. Faculdade de Medicina. Hospital das Clínicas. Acervo pessoal.

ROCHA, D. N. **Relatório de Atividades Junto a Universidade Federal do Espírito Santo.** Centro de Memória de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, 1975.

ROCHA, D. N. **Plano de Atendimento de Enfermagem** – Ficha de Verificação – Registro de Situação. [Preenchido] Centro de Memória de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, 1975.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. **Ofício 1066/74** de 31 de outubro de 1974, referente a criação de um corpo médico para atender as exigências de um Hospital Escola. Acervo SIARG/UFES.

\_\_\_\_\_. **Relatório de janeiro a junho de 1968**. Faculdade de Medicina. Hospital das Clínicas. 11p. Acervo pessoal de Maria Zilma Rios.

\_\_\_\_\_. **Ofício nº 1221** de 27 de dezembro de 1974; Pasta de Ofícios dos anos 1974 a 1976. Acervo SIARG/UFES.

\_\_\_\_\_. **Ofício nº 1246/74** do Diretor do Hospital ao Reitor da UFES. Pasta de Ofícios dos anos 1974 a 1976. Acervo SIARG/UFES.

\_\_\_\_\_. **Ofício nº 1256/74** de 20 de dezembro de 1974 do Diretor do Hospital das Clínicas, Benito Zanandrea para o Reitor da UFES, Maximo Borgo Filho. Nota de Esclarecimento relacionada a situação da Infecção por Pseudomonas. Pasta de Ofícios dos anos 1974 a 1976. Acervo SIARG/UFES.

\_\_\_\_\_. **Ofício nº 1269** de 12 de dezembro de 1974; Pasta de Ofícios dos anos 1974 a 1976. Acervo SIARG/UFES.

\_\_\_\_\_. **Ofício nº 738/75** do Diretor do Hospital das Clínicas Benito Zanandrea para o Reitor da UFES em exercício Leo de Souza Ribeiro. Implicações funcionais e situação do Hospital das Clínicas. Pasta de Ofícios dos anos 1974 a 1976. Acervo SIARG/UFES.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 5/76**. Proposta de Criação do Curso de Enfermagem na Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Memória de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, 01 de abr. 1976.

\_\_\_\_\_. **Relatório e Parecer da Criação do Curso de Enfermagem da UFES - Processo 596/76**. Centro de Memória de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, 09 de abr. 1976.

\_\_\_\_\_. Centro Biomédico - Departamento de Medicina Social. **Ata da reunião Ordinária do Serviço de Enfermagem do Hospital das Clínicas e docentes do curso de enfermagem da UFES**. Centro de Memória de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo: Caixa 1 – Livros de Atas Manuscritas, 11 de nov. 1977.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Ofício no 30-75** Centro de Memória de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, 1975.

## FONTES SECUNDÁRIAS

ALBERTI, V. **Manual de História Oral**. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. 384 p.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSNADJER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: Pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2001. 203 p.

AMORIM, T. **O Resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil**. 2010. 290f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ANDRADE, R. D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança que repercutem na saúde das crianças. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 1, p. 181-186, 2015.

APERIBENSE, P.G. G.S. **A Escola Anna Nery e a formação de enfermeiras, assistentes sociais e nutricionistas na Universidade do Brasil nos anos 30/40 do século XX**. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 2009.

ARKADER, J. **Considerações sobre a mortalidade materna no Brasil**. Rio de Janeiro, 1969 (Tese de concurso à livre Docência de Clínica Obstétrica na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro). In: SILVA, K. S. **Evolução da Mortalidade Materna no Município do Rio de Janeiro de 1960 a 1990**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1994.

AZEVEDO, S. C. **O Processo de Gerenciamento x Gestão no trabalho do Enfermeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Rio Grande do Norte, Natal, 2000. 240 f.

BACKERS, D.S. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para um programa de pós-graduação em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol.15. (Esp.) p.71-78, 2006.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. DUTRA, Waltensir (Trad.) 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p.

BARBOSA, E.M.G. et al. Cuidados de enfermagem a uma puérpera fundamentados na teoria do conforto. **Rev Min Enferm**, vol. 18, n. 4, p. 845-849, out/dez 2014.

BARREIRA, I. A. Memória e história: para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Revista Latino-americana de enfermagem**. vol.7, n.3, p. 87-93, jul 1999.

BARROS, J. A. **O Projeto de Pesquisa em História: da escolha do tema ao quadro teórico.** 4. Ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 236 p.

\_\_\_\_\_. **O Campo da História: Especialidades e Abordagens.** Petrópolis: Vozes, 2004. 224 p.

BEAUVOIR, S. **Por uma moral da ambiguidade.** MORAES, M. J. (Trad.) Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005. 206 p.

\_\_\_\_\_. **O Segundo Sexo.** Vol II. MILLIET, S. (Trad.) 2 ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 2009. 936 p.

BORGO, I.A. **UFES: 40 Anos de História.** 2 ed. Vitória: EDUFES, 2014. 244 p.

BOURDIEU, P. What makes a social class? On the theoretical and practical existence of groups. Berkeley **Journal of Sociology**, n. 32, p. 1-49, 1987.

\_\_\_\_\_. A economia das trocas linguísticas. In: ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu: sociologia.** São Paulo: Ática, 1994. 191 p.

\_\_\_\_\_. **O poder simbólico.** 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. 311p.

\_\_\_\_\_. **Escritos de Educação.** 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1998b. 251 p.

\_\_\_\_\_. Efeitos de Lugar. In: BOURDIEU, Pierre (org). **A Miséria do Mundo.** 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 747 p.

\_\_\_\_\_. **A dominação masculina.** 3 ed. São Paulo: Bertrand Brasil, 2003b. 158p.

\_\_\_\_\_. **A produção da crença: contribuição para uma economia dos bens simbólicos.** São Paulo: Zouk, 2004. 219 p.

\_\_\_\_\_. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico.** São Paulo: Editora UNESP, 2004b. 86 p.

\_\_\_\_\_. **Coisas Ditas.** Primeira reimpressão. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004c. 254 p.

\_\_\_\_\_. A Ruptura. In: BOURDIEU, P. **Ofício de um Sociólogo.** Petrópolis: Vozes, 2004d. p. 23-44.

\_\_\_\_\_. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação.** 6. ed. São Paulo: Papirus, 2005. 224 p.

\_\_\_\_\_. **Economia das trocas simbólicas.** 6. ed. São Paula: Perspectiva, 2007. 361 p.

BOURDIEU, P. **Homo Academicus**. 2 ed. Florianópolis: Editora UFSC, 2013. 344 p.

BURKE, P. (Org.) **A escrita da história: novas perspectivas**. S. Paulo: Ed. Unesp, 1992. 354 p.

BRAGA, E. Planejamento de saúde e integração docente-assistencial: algumas considerações **R. Adm. Públ.**, Rio de Janeiro, vol. 11, n. 3, p. 57-68, jul./set. 1977.

BRASIL. Presidência da República. **Reforma universitária: relatório do grupo de trabalho criado pelo decreto n. 62937/68**. Brasília: Presidência da República, 1968.

\_\_\_\_\_. Lei no 5540, de 28 de novembro de 1968. Disciplina a Reforma do Ensino Superior no Brasil e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 nov.1968b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes gerais da política nacional de saúde materno-infantil**. Brasília, 1971.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. **Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA)**. Brasília (DF): MEC/SESU-CCS;1981. [Caderno de Ciências da Saúde, 3].

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. **Portaria nº18 de 1982 do INAMPS/Ministério da Saúde**, que estabelece a obrigatoriedade do alojamento conjunto nas maternidades SUS.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. **I Encontro Nacional sobre Alojamento Conjunto**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde/INAN, 1982b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 1983.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação pragmática**. Brasília, Centro de Documentação, 1985.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1016 de 26 de agosto de 1993. Dispõem sobre as normas básicas de Alojamento conjunto. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 167, 01 set. 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acompanhando a Saúde da Mulher: Parte II, planejamento familiar controle do câncer, DST/AIDS, climatério**. Brasília,1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80 p. : il. – (Série I. História da Saúde)

CAMPESTRINI, S. **Alojamento Conjunto Mãe – filho e o enfermeiro**; Incentivo à amamentação. Curitiba, Imprensa Universitária da UCP, 1982.

CAMPISTA, T. M. N. et al. Panorama do campo da educação superior em enfermagem no estado do Espírito Santo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol. 13, n. 2, p. 256-264, jun. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200004>>. Acesso em: 15 set. 2015.

CARVALHO, S. M; PAES, G.O. Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 1, p. 30-135, 2014.

CARRARO, T.E; WESTPHALEN, M.E.A. **Metodologia para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001. 159 p.

CASSIANO, N.A. et al. Assistência de enfermagem à mulher no puerpério imediato: um ensaio descritivo. **J. res. fundam. care**. Vol. 7 n. 1. p. 2061-2071, jan/mar2015. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=26716&indexSearch=ID>>. Acesso em: 18 out. 2015.

CERTEAU, M. de. **A escrita da história**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 385 p.

CHAUVEAU, A.; TÉTART, P. (Org.). **Questões para a história do presente**. São Paulo: EDUSC, 1999. 130 p.

COELHO, M. C. R. **Jornada de Trinta Horas para Enfermeiros, o caso do Hospital Doutor Dório Silva**: subsídios para a história da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2007. xiii, 125 f. il. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - UFRJ, EEAN. MINTER/Faculdades Associadas do Espírito Santo. 2007.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros Portugueses, 1989.

CORREA, S. PAISM: Uma historia sem fim. **Rev. Bras. Estudos Pop. Campinas**. Vol. 10, n. 1/2, 1993.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidade e mentalidades na Colônia. 2. ed. São Paulo: Ed. da UNESP, 2009. 358 p.

DEL PRIORE, M. **Historias e conversas de mulher**. São Paulo: Planeta, 2013. 312 f.

DEL PRIORE, M.; VENANCIO, R. **Uma breve história do Brasil**. São Paulo: Ed. Planeta do Brasil, 2010. p. 279-293.

DRAGO, L.M.B. **“Servindo a dois senhores”**: A gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência. Dissertação (mestrado), Universidade Federal do Espírito Santo, ES, 2011.

ECO, H. O hábito fala pelo monge. In: ECO, Humberto et al. **Psicologia do vestir**. 3.ed. Lisboa: Assírio e Alvim, 1989. 87 p.

ESPÍRITO SANTO, L.S. **Assistência de enfermagem nas unidades de puerpério normal**: Estudo dos cuidados de enfermagem oferecidos em três maternidades, da cidade de São Paulo. São Paulo, 1982. (Dissertação de Mestrado). Escola Paulista de Medicina. 101 p.

FARIA, A. C.; MAGALHÃES, L.; ZERBETTO, S. R. Implementação do Alojamento Conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** Vol.12,n.4,p.669-77, out/dez2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6328>>. Acessado em: 16 jul. 2016.

FAVERO, M.L.A. A Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. **Educar**, Curitiba: Editora UFPR, n. 28, p. 17-36, 2006.

FERNANDES, J.D. A enfermagem no ontem, no hoje e no amanhã. **Rev. Bras. Enf**, Brasília, vol. 38, n. 1, p. 43-48, jan./mar 1985.

FORMIGA, FILHO, J.F.N.; Políticas de Saúde reprodutiva no Brasil: Uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org.). **Saúde Sexual e reprodutiva no Brasil: Dilemas e desafios**, São Paulo: HUCITEC, 1999. p. 151-162.

FREDERICO, P.; FONSECA, L.M.M; NICODEMO, A.M.C.; Atividade educativa no alojamento conjunto: relato de experiência. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.8,n.4, p. 38-44, ago 2000.

FREIDSON, E.; **Renascimento do profissionalismo**: Teoria, Profecia e Política; tradução Celso Mauro Paciornik. São Paulo: USP, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FUGULIN, F.M.T; GAIDZINSKI R.R; KURCGANT, P.; Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**. 2005; vol.13, n. 1, p.72-78.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. São Paulo: Artes Médicas; 1993.

HADDAD, V. C. N.; SANTOS, T.C.F.; A teoria ambientalista de florence nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962 - 1968). **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 4, p. 755-761, Dec. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400014>>. Acesso em: 18 Oct. 2015. .

HARUNARI, L. **O sistema de alojamento conjunto para recém-nascido e a mãe em maternidade ou em unidade obstétrica como contribuição para a assistência integral ao recém-nascido**. São Paulo, Sociedade Beneficente São Camilo, 1977.

HEILLESHEIIM, B.; SOMAVILLA, V.C.; DHEIN, G.; LARA, L.; Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, vol. 15, n 1, p.196-211, abr. 2009.

IBGE. VII, **Recenseamento geral do Brasil 1960**. Brasil, 1960.

\_\_\_\_\_. **Taxa de Fecundidade 1980**. Brasil, 1980.

\_\_\_\_\_. **IX Recenseamento geral do Brasil 1980**. Brasil, 1983.

\_\_\_\_\_. **Sinopse Preliminar do Censo Demográfico 1991**. Rio de Janeiro, 1993.

KLIPPEL, A.L.G. S. et al. **Plano diretor Estratégico Hospitais Universitários Federais**. Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes. Empresa Brasileira de serviços Hospitalares. 2014.

LEMOS, C. **Arquitetura brasileira**. São Paulo: Melhoramentos, 1979. 158 p.

LIMA, R.C.D. **Contradições do ensino e prática de enfermagem: Percepção dos enfermeiros egressos do curso**. Dissertação de mestrado, Espírito Santo, 180f. 1988.

\_\_\_\_\_. Do Sanatório Getúlio Vargas ao HUCAM: uma trajetória demuitos desafios. **Rev. do HUCAM**, vol. 3, n.4, p.12-15, 1998.

\_\_\_\_\_. **A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde**. Vitória: Edufes, 2001. 260p.

LOPES, M.J.M; MEYER, D.E; WALDOW, V.R. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes medicas, 1986. 155p.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. **PHYSIS Revista de Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, IMIS/UERJ, vol. 1 n.1, p.77-96, 1991.

MALKIN, J. **Hospital interior architecture: creating healing environments for special patient populations**. New York: John Wiley. 1992. 144 p.

MALTA, D. V. **Criação, implantação e consolidação do primeiro curso de graduação em enfermagem no Espírito Santo (1976-1981)**. Tese (doutorado) UFRJ/EEAN/Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2016. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2016. Xiv,140 f.

MANDÚ, E.N. T. Trajetória Assistencial no Âmbito da Saúde Reprodutiva e Sexual. Brasil, século XX. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**. Vol.10, n. 3 Ribeirão Preto, mai/jun 2002.

MARCELLO, F. A. O conceito do dispositivo em Foucault. **Rev. Educação e Realidade**, vol. 29, n. 1, p. 199-213, 2004.

MARTINS, C. B. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 30, n. 106, p. 15-35, jan./abr. 2009.

MATSUDA, L. M. et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Rev. Eletr. Enf.** Vol. 8, n.3, p. 415-2,2006. Disponível em:<[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista8\\_3/v8n3a12.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/v8n3a12.htm)>. Acessado em: 01 ago. 2016.

MEDEIROS, P. F. **Políticas da vida: entre saúde e mulher**. 2008.112 f. Tese (Doutorado em Psicologia) Fac. de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre, 2008.

MÉDICE, A. C. Hospitais Universitários: Passado, Presente e Futuro. **Rev. Assoc. Med. Chem. Bras.** São Paulo, vol. 47, n. 2, jun. 2001. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302001000200034>>. Acesso em: 13 out. 2013.

\_\_\_\_\_. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública: Universidade de São Paulo, 1994. 216 p.

MÉDICOS não aceitam dados sobre infecção. **Jornal A Gazeta**, 27 de julho de 1976, p.7, 1976a.

MÉDICOS usam cautela ao analisar infecção. **Jornal A Gazeta**, 30 de julho de 1976, p.9, 1976b.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de Historia Oral**. São Paulo: Edições Loyola, 1996. 294 p.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**, tomos I e II. Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDONÇA, J. G. R.; RIBEIRO, P. R. M. Algumas reflexões sobre a condição da mulher brasileira da colônia nas primeiras décadas do século XX. **Rev. Ibero Americana de estudos em educação**. Vol.5, n.1, 2010, p.1-11.

MENTONI, Gioconda. Crise financeira ameaça fechar 31 hospitais universitários. **Jornal do Brasil**, 26/8/84, 1º caderno, p. 16. Arquivo Público do Espírito Santo.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 408 p.

MIRANDA, M.A.; MARTINS, M.S. **Maternagem: quando o bebê pede colo** Coleção percepções da diferença negros e brancos na escola. Organização Gislene Aparecida dos Santos. São Paulo: Ministério da Educação, 2007. 52 p.

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, vol. 64, n. 2, p. 348-354, abr. 2011. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200020>>. Acesso em:22 nov. 2015.

MOURA, M.A.V. **A Qualidade da assistência à saúde da mulher – gestante: possibilidades e limites**. 1997.Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro. 219p.

NADER, M. B. **Mulher: do destino biológico ao destino social**. 2.ed..rev.Vitória: EDUFES/Centro de Ciências Humanas e Naturais, 2001. 199 p.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S. M. A Institucionalização médica do parto no Brasil. **Rev.Ciencia & Saúde Coletiva**, vol.10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NETO, M; CARVALHO, M. Mortalidade Materna: O direito de gerar e parir livre do óbito materno evitável. In: PORTO, F. et al. **Atenção à saúde da mulher: História, aspectos legais e cuidado**. Rio de Janeiro: Àguia Dourada, 2011. p. 143-145.

OGUISSO, T. (org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. Barueri: Manole,2005. 277 p.

OLSCHOWSKY, A.; SILVA, G. B. Integração Docente-Assistencial: um estudo de caso **Rev.Esc.Enf.USP**, vol. 34, n. 2, p. 128-37, jun. 2000.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade segura, Assistência ao parto normal: um guia prático**, OMS/SRF/MSM. 1996.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Plan decenal de Salud para las américas**. Washington, 1972

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não médico. 1997. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

OSIS, M.J.M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Vol.14, suppl.1, p. S25-S32, 1998. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito, e o programa**: história de uma intervenção. Dissertação de mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências humanas da Universidade Estadual de campinas, 1994.

PADILHA, M.I.C.; BORENSTEIN, M,S; SANTOS, I.(Org.); **Enfermagem**: história de uma profissão. São Caetano do Sul, SP: Difusão editora, 2011. 477p.

PERES, M. A. A; PADILHA, M. I. C. S.; Uniforme como signo de uma nova identidade de enfermeira no Brasil (1923-1931). **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, vol. 18, n. 1, p. 112-121, mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140017>>. Acesso em: 22 out. 2015.

PEREIRA, M.S.; MORIYA, T. M.; GIR, E. Infecção Hospitalar Nos Hospitais Escolas: Uma Análise Sobre Seu Controle. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.4, n.1, p.145-162, jan.1996.

PIMPÃO, F. D. et al. O cuidado de enfermagem no alojamento conjunto: Uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm**. Vol. 17, n. 3, p. 562-567, jul/set 2012.

PINHEIRO, R.K.B. de S. **Mãe, esposa e professora**: educadoras no final do séc XIX. 2009. 219 f. Tese (doutorado em educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

PINTO, L. **Pierre Bourdieu e a teoria do mundo social**. Rio de Janeiro: FGV, 2000. 217 p.

PONTES, M.B; SANTOS, T.C. A **(Re)visão da enfermeira nas ações de incentivo ao aleitamento materno**: O caso do Hospital universitário Cassiano Antônio de Moraes – HUCAM (1991-1997). 2007, Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 2007.

PORTO, F. et al. **Atenção a Saúde da mulher**: história, aspectos legais e cuidado. Rio de Janeiro: Águia dourada, 2011. 452p.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**: conceitos, processos e prática. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, vol.1, cap.12,1999. p.166-189.

RAMINELLI, R.E. T. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2008. p.11-44.

REDINS, C.A. **Escola de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo: 50 anos de história**. Vitória: EDUFES, 2011. 276 p.

REIS, D. O; ARAÚJO, E. C, CECÍLIO, L.C. O. **Políticas públicas de saúde no Brasil: o SUS e pactos pela saúde**. SD. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_4.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf)>. Acesso em: 02 jun.2016.

REVEL, J. **Jogos de escalas: a experiência da microanálise**. Rio de Janeiro: FGV, 1998. 262p.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrizes e enfermeiras obstetras: velhos problemas ou novas possibilidades? **Rev. Estudos Feministas** Vol. 10, 2002.p. 449-59.

RIOS, M.Z. **Sanatório Getúlio Vargas: medicina relações socialismo combate a tuberculose no Espírito Santo (1942-1967)**. Dissertação (mestrado), Universidade Federal do Espírito Santo, ES, 2009.

ROTHEN, J. C. Os bastidores da reforma universitária de 1968. **Educ. Soc.** Campinas, vol. 29, n. 103, p. 453-475, ago. 2008. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302008000200008>>. Acesso em: 17 abr. 2016.

SABATIER, C.; PEREDO, R.; VALLÉS, J. Bacterial Bloodstream Infections in Critical Patients. **Med Intensiva**, Barcelona, vol. 33, n. 7, p. 336-345, out. 2009.

SALVADO, H. M. B. et al. As práticas educativas no Alojamento Conjunto: dialogando com Paulo Freire. **Revista presença**, vol.1, n.1. 2015. Disponível em: <<http://revistapresenca.celsolisboa.edu.br/index.php/numerohum/article/view/24/8>>. Acessado em: 02 jan. 2016.

SANTOS, M. L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento**. Um modelo teórico. 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SANTOS, T. C. F. et al. Las dictaduras de Vargas y Franco: implicaciones de la consagración de la maternidad para la enfermería. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis, vol. 19, n. 2, p. 317-324, jun 2010. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200013>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

SANTOS Neves confirma índice de infecções. **Jornal A Gazeta**, 28 de julho de 1976, p.7.

SEGALEN, M. **Ritos e rituais contemporâneos**. MENEZES, M.L. (Trad.) Rio de Janeiro: Ed FGV, 2002. 164p.

SELLMAN, D. Trusting patients, trusting nurses. *Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals*. Vol. 8, n. 1, p. 28-36, 2007.

SILVA, L.M. A. Mulher e a saúde. **Caderno do núcleo de estudos e pesquisas sobre mulher**. Belo Horizonte: UFMG, 1988. p.1-8.

SILVA, K. S. Mortalidade Materna: Avaliação da Situação no Rio de Janeiro, no Período de 1977 a 1987. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 4, p. 442-453, out/dez 1992.

SILVA, I.A.; SOARES, A. V. N. Representações das puérperas sobre o sistema de alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. **Rev.Esc. Enferm. da USP**. São Paulo, vol. 37, n. 2, p. 72-80, 2003.

SILVA, I.A.; ALMEIDA, M.S. Necessidades de mulheres no puerperio imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev.Esc. Enferm. da USP**. São Paulo, vol. 42, n. 2, p. 347-54, 2008.

SILVA FILHO, L. V. R. F. et al. Infecção por *Pseudomonas aeruginosa* em pacientes com fibrose cística: evidências científicas sobre o impacto clínico, diagnóstico e tratamento. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, vol. 39, n. 4, p. 495-512, Aug. 2013. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132013000400015>>. Acesso em: 17 out. 2015.

SILVA, S.M.V. Inovações nas políticas populacionais: O planejamento familiar no Brasil. **Rev eletrônica de geografia y ciências sociales**. Universidad de Barcelona, vol. 69, n. 25, ago. 2000.

SILVA, P.L.B. **O perfil médico assistencial privatista e suas contradições**: a análise política da intervenção estatal em saúde na década de 70. CAD FUNDAP, 1983.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez 2006.

STANIER, R. Y.; PALLERONI, N. J.; DOUDOROFF, M. The aerobic pseudomonads: a taxonomic study. **Jornal of general microbiology**, vol.42, p.159-271, 1966.

TAVARES, A.S.; ANDRADE, M.; SILVA, J.L.L. Do programa de assistência integral a saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. **Informe-se em promoção da saúde**, vol. 5, n.1, p.30-32, 2009.

TEIXEIRA, E. C. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **Revista AATR**, 2002. Disponível em: <<http://www.escoladebicicleta.com.br/politicaspUBLICAS.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

TEIXEIRA, M.A.; NITSCHKE, R.G. Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol. 17, n. 1, p.183-191, jan/mar 2008.

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, vol. 40, n. 1, p. 27-53, feb. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122006000100003>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

THOMPSON, E. P. **A formação da classe operária inglesa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 256 p.

TREVIZAN, M.A.; FÁVERO, N.; NUTI, E. Educação e treinamento em serviço para atendentes de enfermagem. **Revista de Enfermagem EERP-USP**, vol. 1, n.2, p.63-69, 1973.

TOMELERI, K.R.; MARCONI, S. S. Mãe adolescente cuidando do filho na primeira semana de vida. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, vol.62, n.3, p. 355-61, 2009.

TYRRELL, M. A.; CARVALHO, V. **Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem**. Rio de Janeiro: Gráfica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN/UFRJ, 1995. 267 p.

UFES marca para agosto matrícula de Física e Enfermagem. **Jornal A Gazeta**, 23 de julho de 1976, p. 6.

UNGERER, R.L.S.; MIRANDA, A.T.C. História do Alojamento Conjunto. **J. Pediatr.** Rio Janeiro, n. 75, p. 5-10, 1999. Disponível em: <[http://www.jpmed.com.br/conteudo/99-75-01-05/port\\_print.htm](http://www.jpmed.com.br/conteudo/99-75-01-05/port_print.htm)>. Acessado em 03jan. 2016.

WALDOW, V. R. Cuidar como marco de referência para o ensino da enfermagem. In: 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1998, Salvador. **Anais do 50 Congresso Brasileiro de enfermagem**, vol. 50, 1998. p. 197-204.

XAVIER, D; AVILA, M; CORREA, S. Questões feministas para a ordem medica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M.E. (Org). **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco, 1980. p. 203-222.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADO

Caracterização da entrevistada:

Nome:

Idade:

Naturalidade:

Estado civil:

Endereço:

Ano de ingresso no hospital:

Período de Atuação:

Cargo / Função:

Setor de trabalho na época:

#### **Para Depoentes:**

Você pode me falar a respeito da reinauguração da maternidade do HUCAM?

Você pode me descrever sua participação neste serviço?

Você pode me falar a respeito da implantação do sistema de alojamento conjunto e de sua participaçãoe das enfermeiras neste serviço?

Como era o cuidado de enfermagem prestado antes do Alojamento Conjunto?

Como ficou o cuidado de enfermagem com a implantação do Alojamento Conjunto?

Qual era a relação do Curso de enfermagem UFES com o hospital HUCAM?

Quais eram, as atribuições delegadas a você na época?

Quais foram os principais obstáculos e desafios para implantação do Alojamento Conjunto?

Horário do termino da entrevista:

Obrigada pela colaboração com o estudo.

**APÊNDICE B****CARTA DE SOLICITAÇÃO DE ENTREVISTA**

Vitoria, \_\_\_/\_\_\_/2015

Prezada professora e ou enfermeira: \_\_\_\_\_

Como aluna do curso de Doutorado Escola de Enfermagem Anna Nery estou desenvolvendo, sob a orientação do Prof. Antônio Jose Almeida Filho, a pesquisa intitulada “A RECONFIGURAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”, que tem como objeto de estudo a Reconfiguração do cuidado de enfermagem no Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), à luz do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (1983-1993) e como objetivos: Descrever a configuração do cuidado puerperal de enfermagem no HUCAM no bojo da implantação do Alojamento Conjunto com vistas as diretrizes do PAISM; Analisar as estratégias adotadas pelos enfermeiros para reconfigurar o modelo de cuidado de enfermagem no Alojamento Conjunto com vistas a cumprir as diretrizes das Políticas Públicas materno infantil. Discutir os efeitos simbólicos da reconfiguração do modelo de cuidado de enfermagem no Alojamento Conjunto do HUCAM.

No desenvolvimento desta pesquisa utilizarei fontes primárias escritas do Centro de Documentação da UFES e do Centro de Estudos do HUCAM bem como fontes orais, tomadas a partir de depoimentos de figuras que vivenciaram ou testemunharam os eventos relacionados ao objeto de estudo e que possam dar sua contribuição pessoal para a elucidação deste. Para desenvolver esta pesquisa é imprescindível a colaboração das personagens que participaram ou testemunharam desta página da História da Enfermagem Capixaba. E é neste sentido a que venho pedir-lhe que me conceda uma entrevista, em dia, hora e local de sua preferência, colocando-me desde logo à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Aguardando com grande interesse uma manifestação de sua parte, subscrevo-me  
Atenciosamente,



---

Monica Barros de Pontes  
Doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, fui convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “A RECONFIGURAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”, sob a responsabilidade de Monica Barros de Pontes.

O estudo se justifica por ser o Alojamento Conjunto um espaço para instrumentalizar a mulher – mãe para seu autocuidado e cuidado para com seu filho, contribuindo para um resgate do modelo de cuidado na enfermagem materno-infantil, dando melhor compreensão da assistência à mulher e à criança no seu período de internação no pós parto. O presente estudo tem por objetivos, Descrever a configuração do cuidado puerperal de enfermagem no HUCAM no bojo da implantação do Alojamento Conjunto com vistas às diretrizes do PAISM; Analisar as estratégias adotadas pelos enfermeiros para reconfigurar o modelo de cuidado de enfermagem no Alojamento Conjunto com vistas a cumprir as diretrizes das Políticas Públicas materno infantil, e Discutir os efeitos simbólicos da reconfiguração do modelo de cuidado de enfermagem no Alojamento Conjunto do HUCAM.

A participação é voluntária e as suas repostas como depoente desta pesquisa serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído pela letra D, de depoente e da sequência numérica da coleta do relato. Com a sua autorização, o relato será gravado em aparelho digital MP4 para posterior transcrição – tudo será duplicado em CD para preservação do original e transcrição da outra cópia. A cessão dos direitos sobre o depoimento oral, para Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery, é voluntária podendo recusar-se a fazê-lo sem qualquer prejuízo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e em casos de futuras pesquisas com este material um novo projeto será submetido ao CEP e os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Caso a (o) Sra. (Sr) se recuse a participar ou ainda, caso aceite participar e por qualquer motivo desista, o gravador poderá ser desligado por você em qualquer momento, ou então solicitar ao entrevistador que o desligue, sem que essa iniciativa traga qualquer agravo ou prejuízo entre as partes. Sua participação nesta pesquisa se dará de forma a responder a um roteiro de entrevista semiestruturado, que poderá ser remarcada sempre que for solicitado. Os riscos relacionados com sua participação são mínimos, pelo desconforto da entrevista, que pode demandar um tempo de quarenta a sessenta minutos podendo também lhe causar constrangimentos por reviver o passado, através da memória das experiências vividas. Porém, caso necessite, a entrevista será interrompida e reiniciada alguns minutos após e você poderá ser acolhida pela pesquisadora ou pelo serviço de saúde ocupacional da instituição. O benefício relacionado à sua participação é a possibilidade de resgatar a inserção do enfermeiro na história do cuidado puerperal do HUCAM.

O local deste estudo refere-se ao serviço de maternidade do HUCAM, podendo as entrevistas acontecer na referida Instituição ou em outro local, à sua escolha, no município de Vitória. O tempo estimado para coleta de dados será, em média, doze meses, podendo haver necessidade de outro contato neste período.

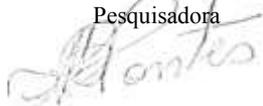
Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo, deve contatar a pesquisadora Mônica Barros de Pontes, no telefone (27) 33357377, no e-mail: [monicabpontes@gmail.com](mailto:monicabpontes@gmail.com) ou no Endereço: Av. Marechal Campos, 1355 – Santos Dumond – Vitória – ES. Caso não consiga contatar a pesquisadora ou para relatar algum problema, posso contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFES pelo telefone (27) 33357211 ou correio, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com seres humanos, na Avenida Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória- ES, Brasil.

Declaro que fui verbalmente informada (o) e esclarecida (o) sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pela pesquisadora.

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa “Trajetória histórica do cuidado de Enfermagem no Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (1984-2004)”, eu, Monica Barros de Pontes, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV. 3 da Resolução 466/12, a qual estabelece diretriz e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015 .

Mônica Barros de Pontes  
Pesquisadora



CPF: \_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

## APÊNDICE D

### TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS SOBRE DEPOIMENTO ORAL e TRANSCRITO PARA PUBLICAÇÃO E ARQUIVAMENTO NO CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY/UFRJ

Pelo presente documento, nome \_\_\_\_\_, naturalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, carteira de identidade \_\_\_\_\_, órgão emissor \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ residente e domiciliado à \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_, Cep: \_\_\_\_\_, **cede e transfere neste ato, gratuitamente**, em caráter universal e definitivo ao Centro de Documentação(CDOC) da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ a totalidade dos seus direitos patrimoniais de autor sobre o depoimento oral e transcrito prestado no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015 na cidade \_\_\_\_\_, perante a pesquisadora Mônica Barros de Pontes.

Sua participação e cessão dos direitos sobre o depoimento oral e transcrito, para o CDOC da Escola de Enfermagem Anna Nery, é voluntária podendo recusar-se a fazê-lo, sem qualquer prejuízo.

Na forma preconizada pela legislação nacional e pelas convenções internacionais de que o Brasil é signatário, \_\_\_\_\_, proprietária originária do \_\_\_\_\_ depoimento de que trata este termo, terá, indefinidamente, o direito ao exercício pleno dos seus direitos morais sobre o referido depoimento, de sorte que sempre terá seu nome citado por ocasião de qualquer utilização.

Fica, pois o Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery plenamente autorizado a utilizar o referido depoimento, no todo ou em parte, editado ou integral, inclusive cedendo seus direitos a terceiros, no Brasil e/ou no exterior.

Sendo esta a forma legítima e eficaz que representa legalmente os nossos interesses, assinam o presente documento em 02(duas) vias de igual teor e para um só efeito.

.....

Local Data

Centro de Documentação da EEAN/UFRJ

Nome da entrevistada:

\_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

\_\_\_\_\_

Nome legível

CPF:

\_\_\_\_\_

Nome legível

CPF:

## APÊNDICE E

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Prezada Chefe de Serviço da linha de cuidado da Mulher no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM)

Sra. Maria Angelica Cardoso Belonia

Por meio deste instrumento, venho dar-lhe ciência de minha pesquisa para o Mestrado em Enfermagem com o título provisório de "Trajetória histórica do cuidado de enfermagem no Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes - HUCAM/UFES (1984 - 2004)" bem como, solicitar autorização para citar o nome da instituição e ainda divulgação de registro documentais que por ventura venha ser necessário em algum momento da pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa de cunho histórico social que tem como objeto, a Reconfiguração do cuidado de enfermagem no Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes à luz do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher tendo como objetivos: Descrever a configuração do cuidado de enfermagem no HUCAM no bojo da implantação do Alojamento Conjunto com vistas as diretrizes do PAISM; Analisar as estratégias adotadas pelos enfermeiros para reconfigurar o modelo de cuidado de enfermagem, no alojamento conjunto, com vistas a cumprir as diretrizes do PAISM; Discutir os efeitos simbólicos da reconfiguração do modelo de cuidado de enfermagem, no alojamento conjunto, com vistas a cumprir as diretrizes do PNAISM.

**Contatos com a pesquisadora (doutoranda)**

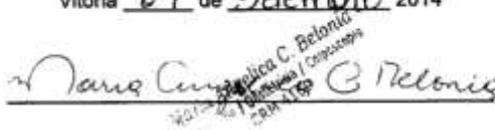
Mônica Barros de Pontes  
Tel: (27) 33357377, cel: 99829889.  
Endereço eletrônico: [monicabpontes@gmail.com](mailto:monicabpontes@gmail.com)  
Espírito Santo, 2014.

**Contato com o orientador:**

Antonio Jose Almeida Filho  
Endereço eletrônico: [ajafilhos@gmail.com](mailto:ajafilhos@gmail.com)  
Rio de Janeiro, 2014.

Declaro estar ciente do inteiro teor desta AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL e estou de acordo.

Vitória 04 de setembro 2014

Maria Angelica C. Belonia  


**APÊNDICE F****CARTA DE VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DAS FONTES ORAIS**

Eu \_\_\_\_\_, portador(a) do registro de identidade \_\_\_\_\_ e participante, como respondente, na pesquisa “A RECONFIGURAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL: O caso do Hospital das Clínicas à luz da criação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (1968-1984)”, após realizar a leitura da transcrição da entrevista dada a pesquisadora Mônica Barros de Pontes valido o conteúdo por mim informado, desde que obedecidas às sugestões de acréscimos e/ou modificações de itens.

1. Organização – acréscimo: ( ) Sim ( ) Não
2. Objetividade –acréscimo: ( ) Sim ( ) Não
3. Clareza - acréscimo: ( ) Sim ( ) Não
4. Facilidade de Leitura - acréscimo: ( ) Sim ( ) Não
5. Compreensão do Conteúdo - acréscimo: ( ) Sim ( ) Não
6. Fidedignidade do Conteúdo - acréscimo: ( ) Sim ( ) Não

Sugestões:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do depoente

**ANEXOS**

## ANEXO 1

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa:** Trajetoria histórica do Cuidado de Enfermagem no Alojamento Conjunto do Hospital

Universitário Cassiano Antonio de Moraes (1984 -2004) **Pesquisador:** Mônica Barros de Pontes

**Área Temática:** **Versão:** 3 **CAAE:** 36168414.7.0000.5060 **Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER Número do Parecer:** 970.725 **Data da Relatoria:** 22/12/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de doutorado a ser desenvolvido junto a Escola de Enfermagem da UFRJ. Será um estudo histórico-social, cujo objeto é a reconfiguração do cuidado de enfermagem no alojamento conjunto do Hospital das Clínicas no Espírito Santo (HUCAM), no recorte de 1984 a 2004. Os pesquisadores pretendem descrever, através de entrevistas contendo um roteiro-guia (perguntas abertas) com 35 funcionários da área de Enfermagem que atuaram/atua no HUCAM no recorte temporal apontado, as mudanças no alojamento conjunto relacionando-as às políticas públicas de saúde vigentes à época. São critérios de inclusão: profissionais de saúde independentes do sexo, com faixa etária entre 48 a 85 anos; aposentados ou ativos, que vivenciaram o período de estudo em atividade discente, docente e assistencial na maternidade do HUCAM; com condições físicas e mentais favoráveis a dar entrevista; tendo disponibilidade de horário e aceitar participar do estudo. Os pesquisadores esperam que os resultados de seu estudo permitam uma compreensão e construção de uma versão da história da enfermagem no HUCAM e no estado do Espírito Santo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Os pesquisadores indicam como objetivo primário: "descrever a configuração do cuidado puerperal de enfermagem no HUCAM, no bojo da implantação do Alojamento Conjunto com vistas às diretrizes do PAISM." São descritos como objetivos secundários: "analisar as estratégias adotadas pelos enfermeiros para reconfigurar o modelo de cuidado de enfermagem no Alojamento Conjunto com vistas a cumprir as diretrizes das políticas públicas materno-infantil; discutir os efeitos simbólicos da reconfiguração do modelo de cuidado de enfermagem no Alojamento Conjunto do HUCAM".

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os pesquisadores apontam o incômodo no momento da entrevista, podendo ser remarcada caso o participante assim prefira. Esclarecem, ainda, que o incômodo pode ser gerado pelo tempo da entrevista (40 - 60 min) ou possível constrangimento pelo resgate das vivências passadas. Os pesquisadores descrevem benefícios indiretos para a área do conhecimento no

sentido de contribuir "para um resgate do modelo de cuidado na enfermagem materno - infantil, dando melhor compreensão da assistência à mulher e à criança no Alojamento Conjunto contribuindo para o desenvolvimento de uma enfermagem socialmente comprometida com as mulheres e as crianças."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os resultados potencialmente obtidos com o PP apresentam relevância local.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto ok. Instrumento apresentado. Termo de autorização institucional do HUCAM foi apresentado. TCLE adequado.

**Recomendações: Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto não apresenta pendências e a pesquisa pode ser iniciada.

**Situação do Parecer:**

**Aprovado**

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

VITORIA, 03 de Março de 2015

**Assinado por:**

**Cynthia Furst Leroy Gomes Bueloni (Coordenador)**